UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 58

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES ŒDÈMES PERI-UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

PAR

Marc CHAPUT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Assistant de la Clinique Gynécologique de l'Université d'Aix-Marseille

Né aux Cars (Haute-Vienne) **le 14 Août 1882**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — DE ROUVILLE, *Président* ; PUECH, SOUBEYRAN, LAGRIFFOUL, *Assesseurs*

MARSEILLE

IMPRIMERIE NOUVELLE (Association Ouvrière)

31, Rue Sainte, 31

1910

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0083

LES ŒDÈMES PERI-UTÉRINS

PAR

Le Docteur Marc CHAPUT

Ancien Externe des Hôpitaux

Assistant de la Clinique Gynécologique de l'Université d'Aix-Marseille

DU MÊME AUTEUR :

Des Actes opératoires dans la Pratique Gynécologique

(Leçon du Professeur PLATON. — *Marseille Médical* 1908, n° 12).

Des Infections Génitales banales

(Leçon du Professeur PLATON. — *Marseille Médical* 1908, n° 15).

Diagnostic différentiel des Tumeurs Abdominales

(Leçon du Professeur PLATON. — *Marseille Médical* 1908, n° 16).

La lutte contre la Tuberculose

(Revue de vulgarisation des Sciences Médicales. — Marseille, Mai 1909).

La Tuberculose chez les Animaux

(Revue de vulgarisation des Sciences Médicales. — Marseille, Juin 1909).

La Vaccination contre la Tuberculose

(Revue de vulgarisation des Sciences Médicales. — Marseille, Septembre 1909).

Hygiène de la Peau

(Revue de vulgarisation des Sciences Médicales. - Marseille, Janvier 1910).

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 58

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES ŒDÈMES PERI-UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

PAR

Marc CHAPUT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Assistant de la Clinique Gynécologique de l'Université d'Aix-Marseille

Né aux Cars (Haute-Vienne) **le 14 Août 1882**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LAGRIFFOUL

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, *Président.*
PUECH
SOUBEYRAN
LAGRIFFOUL

Assesseurs

MARSEILLE

IMPRIMERIE NOUVELLE (Association Ouvrière)

31, Rue Sainte, 31

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	DOYEN.
	SCARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign. de pathol. et thérap. géné.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique ann. des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
PUECH, *professeur.*	LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A vous surtout je dédie ce travail, non point en tant que don princier, mais en signe de tout l'amour et de toute la reconnaissance que je vous dois et dont ma vie entière vous montrera la sincérité.

A MA GRAND'MÈRE

A MES SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE : M. P. CHAPUT

A MES COUSINS :

Mme et M. MARC BAYLE

Mme et M. F. DELOMÉNIE

Faible témoignage de mon affection.

M. CHAPUT.

A MES PARENTS

Au Docteur MAURICE LAGARDE

qui a bien voulu se charger des illustrations de cette thèse. Je n'oublierai point les liens de bonne camaraderie qui nous ont toujours unis au cours de nos années d'études à Marseille.

A MES MEILLEURS AMIS

M. CHAPUT.

A Monsieur le Docteur J.-Ch. PLATON

Professeur de Clinique Gynécologique
à l'Université d'Aix-Marseille.

Cher Maître,

Je ne sais si je dois me dire votre élève. Je me le permets toutefois ; car sans vous, sans vos leçons et vos sages conseils, je n'eusse pu acquérir mon faible bagage de connaissances dans cette partie de la science médicale où vous vous êtes fait un nom.

Vous m'avez fait l'honneur de me laisser travailler près de vous ; plus que tout autre j'ai pu profiter ainsi de votre enseignement.

Ce travail même, vous me l'avez suggéré et si l'on y trouve quelques qualités, c'est à vous seul que je le devrai.

Je ne saurais terminer sans remercier l'homme après le professeur. Vous m'avez toujours accueilli avec la plus exquise bienveillance, témoigné la plus grande bonté. Des paroles seraient insuffisantes pour vous dire toute ma reconnaissance, puissè-je vous la prouver autrement.

M. CHAPUT.

A MES MAITRES

des Écoles de Médecine de Limoges et de Marseille et de la Faculté de Médecine de Montpellier.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur DE ROUVILLE,

Chargé du cours de Clinique Gynécologique.

A MON JURY DE THÈSE

MM. les Professeurs :

PUECH
SOUBEYRAN
LAGRIFFOUL
assesseurs.

M. CHAPUT

LES ŒDÈMES PERI-UTÉRINS

INTRODUCTION

Pendant le stage que nous avons fait en qualité d'assistant du Professeur Platon à la Clinique Gynécologique de l'Université d'Aix-Marseille, nous avons fréquemment eu l'occasion de voir des femmes arriver dans le service avec des phénomènes douloureux de tout leur petit bassin, chez lesquelles l'opération avait été jugée urgente, la présence d'une tumeur pouvant être parfois diagnostiquée après examen. Pourtant, par le repos, les injections chaudes et la kinésithérapie, presque toutes ces malades ont guéri ; beaucoup même ont eu leur état général amélioré au point que de nouveau elles sont devenues mères.

Il y avait là des infiltrations du tissu cellulaire du paramètre, des altérations chroniques de tout le petit bassin, dont la clinique avait été aperçue par les auteurs du commencement du XIX^{e} siècle, comme Aran et Courty, et qui ne sont décrites actuellement dans aucun ouvrage classique. En cherchant dans les publications du regretté Bouilly, qui savait allier à une habileté opératoire incomparable, un sens clinique remarquable, nous avons retrouvé chez lui quelques indications fugaces au sujet des maladies qui nous occupent. Mais, il faut avoir le courage de le dire, c'est presque uniquement à M. Stapfer, dont la conviction et la probité scientifiques égalent le sens clinique, que l'on doit d'avoir décrit et définitivement fixé ce chapitre spécial de la gynécologie moderne.

Depuis le jour où M. le Professeur Pinard confia au Docteur Stapfer un service de consultations à la clinique Baudelocque, après son voyage d'études en Suède, les travaux et les études concernant les lésions œdémateuses du petit bassin sont devenus plus fréquents. Nous ne pouvons indiquer ici par le détail tout ce que la littérature médicale doit à celui que l'on peut appeler, à juste titre, l'apôtre de la kinésithérapie gynécologique.

Nous croyons de notre devoir de signaler, après tant d'autres, à l'attention des praticiens consciencieux, ce livre remarquable : la *Kinésithérapie en gynécologie*, de M. Stapfer, paru en 1898, si élogieusement préfacé par M. le Professeur Pinard et qui reste comme le bréviaire définitif de la clinique et de la thérapeutique des affections non inflammatoires du petit bassin.

Nous manquerions à notre devoir de reconnaissance si nous laissions de côté, sans les signaler tout au moins, les nombreuses publications à ce sujet de notre maître, M. le Professeur Platon. (On en trouvera l'indication bibliographique à la fin de notre Etude).

Comme chef de clinique d'accouchement ou de chirurgie et plus tard comme chargé de cours de clinique gynécologique il publia toute une série d'études sur la valeur de la kinéthérapie dans les affections profondes de la femme et fut le premier à Marseille à vulgariser par ses conférences cliniques une méthode qui paraît aujourd'hui acceptée de tout spécialiste.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de revenir après notre maître sur l'étude des œdèmes péri-utérins dont la nosographie ne nous a pas paru très étudiée. En le faisant, nous avons obéi moins à un sentiment de vanité pour la description d'une maladie peu connue qu'à une satisfaction légitime en décrivant, bien que d'une façon incomplète, une méthode qui doit entrer dans le domaine public des médecins praticiens et que tous ne connaissent malheureusement pas encore aujourd'hui.

Dans cette modeste étude, nous envisagerons surtout le

côté clinique (symptômes et diagnostic) et le côté thérapeutique des affections œdémateuses du petit bassin.

Il nous eût été très agréable de pouvoir essayer de fixer l'anatomie pathologique de ces lésions si fréquentes, mais nous n'avons eu pour cela ni les loisirs ni la possibilité d'une longue expérimentation. Du reste, nous devons indiquer que ce travail ne pourra se faire que très lentement, étant donné que les femmes observées et traitées guérissent presque toutes et que celles qui sont susceptibles d'être examinées *post mortem*, ayant eu des lésions chroniques et durables, ne présentent plus que le dernier stade de l'œdème chronique, c'est-à-dire la sclérose des tissus du paramètre.

Dans ce travail, avec les auteurs cités plus haut, nous avons pensé qu'il ne fallait pas voir comme unique cause de ces affections *le microbe*, mais aussi faire jouer à la circulation le rôle qui lui revenait : la permanence des états congestifs déterminant par l'obstacle qu'ils apportaient aux fonctions normales des tissus des modifications telles que ceux-ci finissent par perdre d'une façon plus ou moins complète leurs propriétés.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur l'anatomie et la physiologie de l'utérus et ses annexes, nous avons cru devoir nous étendre sur la pathogénie des infiltrations péri-utérines, et, après nous être efforcés d'en fixer clairement les symptômes et la marche d'en faire le diagnostic différentiel.

Quant au traitement, on ne sera point surpris de retrouver ici une répétition de ce que M. Stapfer a si parfaitement mis au point dans ses publications premières.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et Physiologie

L'utérus, organe éminemment mobile, est situé au centre de l'excavation pelvienne ; il est en antécourbure, c'est-à-dire à la fois antéversé et antéfléchi. En antéversion : son axe ne se confondant pas exactement avec celui de l'excavation pelvienne, sa base se porte en avant, son col en arrière de cet axe ; en antéflexion : l'axe du corps mobile faisant avec celui du col, moins mobile, un angle de 100 à 120°. L'attitude influence l'inclinaison et la fait varier : chez la femme debout, le fond s'abaisse davantage, la portion vaginale s'élève légèrement ; chez la femme couchée, c'est l'inverse qui a lieu ; quand au décubitus sur le côté, il n'est pas démontré qu'il puisse imprimer à l'utérus un mouvement latéral.

L'utérus est intimement uni au vagin et par son intermédiaire au plancher pelvien.

Le col adhère en avant à la vessie, il est entouré notamment sur les côtés par un tissu *cellulaire dense* et abordé par des vaisseaux qui sont compris dans une gaine *conjonctivo-musculaire* résistante. En arrière, il est en connexion avec le sacrum par les ligaments utéro-sacrés.

Le corps est pourvu d'un revêtement péritonéal qui lui adhère intimement et qui forme le *périmétrium*. Ce sont les deux feuillets de ce dernier qui, en se réunissant sur

les côtés de l'utérus en une double lame séreuse, forment les ligaments larges dans l'épaisseur desquels se trouvent les ligaments ronds.

L'adhérence de ce périmétrium ne se comporte pas de la même façon sur toute l'étendue de la matrice, dans la région cervicale et sur la partie inférieure du corps il peut être soulevé et se laisse facilement décoller grâce à l'interposition de *tissu cellulaire lâche*, mais celui-ci, disparaissant à mesure que l'on se rapproche du segment supérieur, sur le fond n'est plus réduit qu'à une simple membrane délicate, mince, transparente, à surface lisse et brillante, qu'il est tout à fait impossible de séparer de l'utérus sans enlever ou déchirer une partie de la couche musculaire sous-jacente.

Les ligaments larges forment deux lames quadrilatères qui, avec l'utérus, constituent la cloison médiane qui divise le pelvis en deux parties ; leur bord supérieur présente trois ailerons ou replis qui recouvrent chacun un organe.

L'aileron antérieur ou funiculaire soulevé par le ligament rond lui constitue un petit méso ; l'aileron postérieur ou ovarique formant avec la lame principale de cet aileron une sorte de poche abrite l'ovaire, les ligaments ovariques ; l'aileron moyen, supérieur ou tubaire, contient essentiellement la trompe.

L'appareil suspenseur annexiel est très lâche et résiste d'autant moins au poids de l'ovaire et de la trompe congestionnés que ces organes sont appendus à une sorte de méso grâce auquel la trompe et l'ovaire, suivant l'état plus ou moins lâche des membranes qui les fixent, glissent en arrière plus ou moins bas sur le plan incliné formé par les ligaments larges et les ligaments de Douglas. Au milieu des deux lames péritonéales qui forment les ligaments larges, on trouve des fibres musculaires émanant de la

couche superficielle des fibres utérines, des vaisseaux, des nerfs et une quantité considérable de *tissu cellulo-conjonctif lâche* qui se continue avec le tissu celluleux sous-péritonéal pour aller recouvrir l'aponévrose périnéale supérieure, la fosse iliaque interne et les parois rectales.

Ces lames assez résistantes, à aspect du péritoine pariétal et lisses en général comprennent dans leur texture deux feuillets très intimement liés, l'un superficiel ou séreux, l'autre profond ou musculaire lisse.

Le feuillet séreux n'offre rien de particulier pour notre sujet, sauf qu'on rencontre çà et là sur le méso-salpinx des *ilots d'épithélium cylindrique élevé ou pavimenteux stratifié.*

Le feuillet musculaire est constitué par des fibres lisses, principalement transversales, émanant des couches superficielles antérieures et postérieures de l'utérus. Elles se divisent, gagnent en avant le ligament rond, tandis qu'en arrière elles contribuent à former le ligament ovarien et les éléments contractiles de la substance médullaire de l'ovaire.

Si l'on écarte ces deux lames on voit que le ligament large présente l'aspect d'un triangle à sommet supérieur. à base inférieure. Le sommet ou méso-salpinx est mince en raison de l'accolement très intime des deux lames entre lesquelles n'existe, interposé, *qu'un peu de tissu cellulaire lâche.*

Tout autre apparaît le tissu intermédiaire aux deux lames de la base ou *mésométrium* ; il y a de nombreuses fibres musculaires lisses *et un tissu cellulaire nettement différencié, lâche, aréolaire, extensible et perméable, qui se laisse infiltrer et distendre par les liquides artificiels ou pathologiques (sérosités, sang, pus) entrecoupé de quelques tractus fibreux plus ou moins résistants.* Il a en

outre à remplir une double fonction : envelopper et isoler les organes, soutenir l'utérus.

C'est pourquoi, au point de vue de la texture musculo-conjonctive, il faut dans le ligament large distinguer deux parties bien différentes : l'une, supérieure ou ligament large proprement dit, renfermant dans son épaisseur le cordon vasculaire ovarien ; l'autre, inférieure, répond à ce qu'on décrit sous le nom de base ou pied du ligament large et doit être définitivement distraite et rattachée au tissu cellulaire pelvien sous-séreux d'autant mieux que toute la base du ligament n'est formée que par du *tissu cellulo-fibreux*.

Les ligaments utéro-sacrés prennent naissance sur la face postérieure du col de l'utérus. Au nombre de deux et en forme de faux, ils vont s'insérer sur les 3e et 4e vertèbres sacrées après avoir contourné les faces latérales du rectum. Ils renferment dans leur épaisseur des fibres musculaires, qui ne sont que la continuation de celles de l'utérus, du tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs.

A l'état normal, le bord libre de ces ligaments est mince et presque tranchant, aussi peut-on parfois, en pratiquant le toucher rectal, les suivre de l'utérus au sacrum.

La couche péritonéale qui recouvre le fond et la moitié supérieure de l'utérus est tellement adhérente au tissu utérin qu'on ne peut, comme nous l'avons dit plus haut, les séparer ; mais au voisinage de l'isthme, le péritoine s'éloigne de l'utérus et se porte en avant, sur la vessie pour former le cul-de-sac péritonéal antérieur.

« *Entre la séreuse et l'insertion du col sur le vagin, c'est-à-dire entre le cul-de sac péritonéal et le cul-de-sac antérieur du vagin, il y a donc là une région constituée par du tissu conjonctif lâche, peu riche en tissu graisseux* ».

En arrière, presque à la même hauteur, le péritoine s'éloigne également de l'utérus pour recouvrir à droite et

à gauche une masse fibro-conjonctive, qui forme, ainsi recouverte par la séreuse, les ligaments utéro sacrés ou replis semi-lunaires de Douglas De là, il descend de deux centimètres au-dessous du col et va doubler une petite portion de la paroi vaginale postérieure. C'est à cet endroit que se réfléchissant en haut et en arrière, il rejoint la paroi sacrée et forme le cul-de-sac utéro-rectal ou de Douglas.

« *Sous ce revêtement séreux on trouve ici encore une épaisse couche de tissu conjonctif lâche.* »

Sur les côtés, le péritoine est beaucoup moins adhérent au muscle utérin qu'il ne l'est en avant et en arrière. Il forme en s'éloignant progressivement et de haut en bas les deux feuillets du ligament large avec ses trois ailerons.

« *Il existe donc sur les côtés de l'utérus un vaste espace occupé par du tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et en lymphatiques. Cette couche cellulaire se continue directement avec celle qui tapisse le bassin* ».

En résumé, si l'on considère l'ensemble des dispositions anatomiques que nous venons d'indiquer, on voit qu'il existe, à partir de l isthme, tout autour de l'utérus, une couche de tissu conjonctif lâche très vasculaire qui pourra être le siège d'œdèmes et d'infiltrations comme il s'en produit dans tant d'autres régions.

To te cette région est abondamment irriguée, d'une part par une branche de l'artère hypogastrique, l'artère utérine, d'autre part par l'artère utéro-ovarienne qui vient directement de l'aorte. Ces deux troncs artificiels s'anastomosent à plein canal, forment une arcade d'où se détachent les artères de l'ovaire au nombre de dix ou douze ainsi que tous les rameaux se rendant aux ligaments. Ces artères ainsi que leurs branches de division sont très flexueuses, contournées en spirales plus ou moins pelotonnées et constituant de véritables artères hélicines.

Les veines utérines ou sinus utérins adhèrent intime-

ment au tissu musculaire et prennent pendant la grossesse un énorme développement. Sorties de l'utérus elles se réunissent aux veines qui viennent de la trompe et de l'ovaire formant dans le ligament large le vaste plexus utéro-ovarien. Les veines forment autour des organes pelviens un inextricable réseau, un filet à mailles très serrées dans lequel le sang circule lentement, péniblement. Rien ne vient aider la marche du sang, ni faciliter la circulation. Ces veines sont anastomosées à plein canal, elles n'ont pas de valvules ; les contractions musculaires qui jouent un rôle très important dans la progression du sang ont une action incertaine sur son cours dans le voisinage des vaisseaux qui traversent le parenchyme, nulle dans ceux qui sont plongés dans le tissu cellulaire.

De véritables paquets variqueux peuvent se former et on peut rencontrer des dilatations veineuses considérables, cause de troubles dus à des altérations de la circulation péri-utérine. S'il en est ainsi, c'est-à-dire si la circulation dans ce territoire vasculaire complexe est normale et les organes génitaux indemnes, l'écoulement menstruel paraît tous les vingt-huit jours en commençant à compter du premier jour de l'écoulement. Ce dernier se produit sans douleur, est fluide, rouge d'emblée, toujours modéré, mais augmente rapidement et graduellement pour diminuer de même et disparaître dans un espace de cinq à sept jours au maximum.

C'est là ce qu'on appelle des règles idéales.

Pendant la période intercalaire, jusqu'au vingtième jour environ, aucun malaise, ni général, ni local, ne se manifeste. A ce moment paraissent quelques troubles vaso-moteurs légers, localisés, péri-utérins et généraux, erratiques. Réduits au minimum, ces troubles consistent en une modification du volume des seins et du ventre, en fugaces hyperesthésies, bouffées de chaleur, variations

psychiques. A l'exploration bi-manuelle, la peau, l'intestin, le paramètre sont un peu empâtes, les organes génitaux sont moins nettement perçus et sont moins mobiles. Puis les selles deviennent molles, plus abondantes, fluides, parfois fétides et tout rentre dans l'ordre : disparition des troubles vaso-moteurs erratiques, disparition des sensations locales objectives et subjectives. Le ventre et le paramètre sont souples, la mobilité des organes est accrue, l'écoulement sanguin paraît.

Ces légers troubles, qui paraissent au moment des règles, constituent chez la femme bien portante le *molimen pré-menstruel physiologique ;* mais que la circulation cesse d'être normale, qu'une cause quelconque vienne la modifier ou l'entraver et ces troubles s'accentueront, se répèteront, engendreront les troubles les plus variés, parmi lesquels on retrouvera souvent et presque toujours l'œdème de cette région.

CHAPITRE II

Pathogénie

L'œdème est un symptôme d'observation fréquente. Tantôt il est la manifestation d'une atteinte portée à l'organisme tout entier, tantôt le résultat d'un trouble dans le fonctionnement d'un organe, d'un appareil ou d'un système déterminé. Aussi est-ce dire la multiplicité des conditions pathogéniques qui lui donnent naissance.

Physiologiquement, le mécanisme est-il le même dans tous les cas ? Retrouve-t on toujours identiques à eux-mêmes les facteurs physiologiques des œdèmes dans des états pathologiques de natures diverses ?

Sur ce point, les avis sont partagés. Certains auteurs, tout en reconnaissant une influence incontestable à la même condition pathologique, sont cependant en désaccord quand il s'agit de préciser son mode d action. Si l'un veut expliquer l'action hydropigène de la stase veineuse par une transsudation exagérée au niveau des capillaires, un autre invoquera la diminution d'activité dans le drainage des espaces intertissulaires, un troisième des modifications structurales survenues dans la paroi des vaisseaux et ayant entraîné une perméabilité exagérée.

La physiologie pathologique de l'œdème se complique de toutes les variétés d'interprétation de sa pathogénie.

Ces constatations faites, on se rend compte facilement que le mécanisme physiologique, quel qu'il soit, met en

action des éléments anatomiques qui sont toujours les mêmes.

Il en effet facile de voir que le sérum transsudé à travers la paroi des capillaires sanguins se répand dans les espaces interstitiels du tissu conjonctif d'où il pourra être drainé au moyen de ramifications ultimes du système d'absorption.

Il est donc tout naturel de penser avec la majorité des auteurs que l'hydropisie est le résultat de variations dans la mécanique circulatoire de la lymphe et dans sa quantité normale. Aussi peut-on admettre que la sérosité infiltrée dans les espaces inter-organiques du tissu conjonctif est de la lymphe accumulée sur place par suite d'un obstacle dans les voies de dégagement ou produite en plus grande abondance.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que l'œdème est constitué par l'apparition d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide de nature séreuse dans les voies primitives de la lymphe, en vertu d'un mécanisme particulier mis en jeu par des conditions pathogéniques multiples et agissant tant sur les vaso-moteurs que sur les vaso-constructeurs.

Les organes génitaux profonds de la femme ne sont pas à l'abri des œdèmes aigus ou chroniques. La constitution anatomique que nous avons décrite dans le chapitre précédent montre au contraire combien ils doivent y être fréquents et faciles à apparaître. La masse de tissu cellulaire à maille plus ou moins serrées, qui environne l'utérus et les annexes, constitue véritablement pour eux un lieu d'élection.

Voilà pourquoi nous désignerons les œdèmes de cette région sous le nom général *d'œdèmes péri-utérins*.

Quelle est la cause véritable et l'origine de leur chronicité ?

Dès le début de l'ère gynécologique qui remonte aux

travaux de Courty, le célèbre professeur montpelliérain, la théorie microbienne, ignorée encore, ne servait point à expliquer toutes les lésions du petit bassin. Les maladies de l'utérus étaient, disaient les anciens auteurs, préparées de longue main par des modifications lentes de la vitalité ou de la structure de l'organe, par l'influence latente et continue d'une diathèse.

En cliniciens habitués à examiner attentivement les phénomènes morbides, nos premiers gynécologues français avaient constaté qu'un grand nombre d'affections utérines étaient sous la dépendance non seulement d'un état général mauvais, mais encore d'une circulation locale défectueuse.

Plus tard, la théorie microbienne voulut attribuer tous les symptômes morbides du petit bassin à l'introduction dans l'utérus ou dans les trompes de microbes pathologiques.

Dans presque tous les ouvrages de gynécologie de date récente, l'infection joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des affections génitales. Autant que quiconque, nous connaissons le nombre, malheureusement considérable, de femmes qui doivent leurs affections utéro-annexielles à des infections sexuelles ou du post-portum, mais nous n'ignorons point que chez un grand nombre de femmes aussi, les sécrétions vaginales et surtout les sécrétions de l'utérus pendant la période de l'involution post-partum sont des sécrétions de défense, capables de lutter efficacement contre le microbisme latent ou contre l'infection hétérogène. Les expériences si concluantes à cet égard des auteurs allemands comme Veit, Menge, Kronig et les élèves de l'Ecole de Dresde ont apporté à ce sujet une démonstration évidente, que nous considérons comme inutile de développer ici.

Il est certain, par exemple, *qu'il existe des métrites sans microbe, et nous pouvons affirmer que dans un*

grand nombre de cas, la maladie n'est pas due à une infection locale, mais à l'existence de troubles circulatoires locaux et généraux.

Rétablissez dans cette région les conditions physiologiques normales, faites circuler le sang dans les plexus veineux qui entourent ces organes et vous verrez rapidement s'atténuer les douleurs, se tarir les catarrhes les plus rebelles ; mais, il ne faut pas attendre pour cela que par la chronicité, la présclérose et plus tard la sclérose s'y établissent.

Nous affirmons donc qu'à côté des affections microbiennes utéro-annexielles qui ont pour cause la présence de microbes infectieux, il est une catégorie d'affections gynécologiques, et en particulier les œdèmes péri-utérins qui ont pour étiologie principale une disposition anatomique défectueuse, une structure vicieuse, une irrigation incomplète ou ralentie.

Aran qui, avant Courty, s'était occupé des affections du petit bassin, indique que le développement de ces maladies est dû à des causes multiples venues en particulier de l'état général. La genèse des maladies de la femme s'élabore de longue main, et comme l'ont rappelé ces dernières années Richelot et ses élèves, a souvent pour principe l'arthritisme, c'est-à-dire une constitution médicale héréditaire. mais parachevée par une mauvaise hygiène. A cela il faut ajouter des troubles menstruels négligés ou mal soignés, les professions sédentaires qui, par une attitude congestionante prolongée entravent la circulation abdomino-pelvienne, le défaut d'exercices physiques comme aussi son exagération, les rapports conjugaux intempestifs comme aussi les fraudes sexuelles qui ont pour but une stérilité volontaire.

A toutes ces causes nous devons ajouter celle qui nous paraît la plus importante : la non involution de l utérus à la suite de l'accouchement ou de l'avortement.

Qu'on nous permette d'indiquer en passant que le Professeur Platon a montré dans une étude parue en 1899 dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans la thèse du docteur Bouhet qu'il a inspirée (Montpellier 1901) la valeur remarquable du massage gynécologique pour assurer l'involution rapide, sans trouble consécutif, des utérus à la suite de l'accouchement ou de l'avortement.

Comme le fait remarquer M. Stapfer, les affections génitales n'ont nullement diminué depuis que l'antisepsie est universellement employée et souvent, avec cet auteur, on peut dire que le meilleur moyen de prévenir les affections du petit bassin ne consiste pas à employer d'abondantes injections vaginales, mais à faire une hygiène bien comprise qui assure la circulation locale avec la circulation générale.

La circulation veineuse défectueuse des organes du petit bassin entraîne la congestion et la stase. Ces troubles circulatoires étant forcément accompagnés par des troubles vaso-moteurs, l'œdème en est la conséquence fatale.

Comme l'a démontré Ranvier, la stase sanguine n'est pas toujours suffisante pour provoquer l'œdème et le système nerveux joue dans sa production un rôle important. La ligature de la veine fémorale ne provoque pas d'œdème des membres inférieurs, tandis celui-ci apparaît au contraire très prononcé après la section du sciatique.

Les troubles fonctionnels des vaso-moteurs, disait Vulpian, jouent un rôle capital dans la production des infiltrations séreuses. Ces troubles vaso-moteurs sont la cause principale des œdèmes péri-utérins.

Les états congestifs du paramètre sont favorisés par la disposition du réseau vasculaire qui l'irrigue, par les larges anastomoses des veines entre elles, par leurs contractions, par leur situation déclive, par l'absence de valvules ; mais, une cause capitale est aussi la congestion périodique des règles qui, au moindre trouble, s'accroît, se prolonge, se

suspend, reparaît deux fois chaque mois, exerce ce que l'on appelle un double molimen. Qu'il soit hémorragique, comme l'a décrit Aran, ou fruste, comme l'a indiqué M. Stapfer, c'est-à-dire qu'il aboutisse les deux fois à un écoulement de sang ou bien que la congestion supplémentaire ne se manifeste que par des troubles divers, pesanteur, fatigue, leucorrhée, troubles psychiques, crises douloureuses, sans que l'apparition du sang vienne terminer la scène en mettant fin à tous ces troubles.

Chez un grand nombre de ces malades on peut constater la présence de varices, d'hémorroïdes, d'affections cutanées et d un grand nombre d'autres troubles ; toutes, ou presque toutes sont arthritiques.

Les dilatations des veines hémorroïdales en particulier sont sous la même dépendance que les troubles circulatoires péri-utérins. Elles augmentent au moment d'une poussée nouvelle d'infiltration, elles sont douloureuses, se rompent et donnent lieu à un écoulement de sang qui complète les règles.

A côté de cette cause générale (l'arthritisme). de nombreux auteurs affirment que l'ancienne chlorose, la neurasthénie, sont autant de facteurs capables de rompre l'équilibre de la circulation abdominale et par suite d'entraîner des œdèmes péri-utérins.

A la suite d'une involution utérine défectueuse, comme à la suite de déchirures plus ou moins étendues du périnée, des chutes et des déplacements de l'utérus et des annexes peuvent se produire. Est-il nécessaire d'insister pour qu'on comprenne combien dans ces cas la circulation péri-utérine peut être compromise ?

Dans le prolapsus de l'utérus plus ou moins complet, toujours le doigt explorateur retrouve au niveau des culs-de sac, comme au niveau des ligaments larges, des infiltrations séreuses plus ou moins localisées.

Plus importantes sont, au point de vue pathologique, les déviations antérieures, postérieures et latérales de la matrice ; il n'est pas rare alors dans les antéflexions, de percevoir de l'œdème logé dans les mailles cellulaires qui séparent l'isthme de l'utérus de la paroi postérieure de la vessie ; tandis que dans les rétroversions, la circulation, quelquefois presque complètement entravée, amène dans le paramètre une infiltration séreuse abondante.

Ces tumeurs œdémateuses péri-utérines sont presque toujours indépendantes de la séreuse péritonéale.

Nous croyons, en effet que le tissu conjontif seul est lésé, car bien que parfois la tumeur puisse atteindre un volume considérable et malgré les rapports intimes du tissu cellulaire et du péritoine, il peut y avoir poussée d'œdème sans que fatalement la séreuse soit intéressée. Ces tumeurs œdémateuses peuvent être très volumineuses, siégeant en avant, en arrière ou sur le côté de l'utérus, auquel elles sont plus ou moins intimement soudées sans qu'il y ait péritonite.

Aran admet que ces tumeurs, quand elles sont de volume moyen, sont développées aux dépens du tissu conjonctif seul ; mais il leur refuse cette nature quand elles atteignent certaines proportions. Pour lui, ces tumeurs résultent des adhérences des annexes avec l'utérus et les autres organes renfermés dans la cavité du bassin. Le volume apparent de ces tumeurs est en rapport avec le nombre de ces adhérences ; c'est précisément l'œdème qui, privant les organes de leur mobilité, augmentant leur volume, simule ces adhérences et forme les grosses tumeurs auxquelles fait allusion Aran.

La meilleure preuve est que par le traitement kinésique nous avons vu les annexes se dégager de ces tumeurs, recouvrer une fois libérés leur forme, leur volume et leur mobilité normales. Il n'y avait point d'adhérence et ces volumineuses lésions perçues étaient dues à l'œdème.

Mais, dira t-on, des adhérences existant avant l'intervention par le traitement kinésique auront été rompues. Cela n'est guère possible, car il faut agir sans violence ni effort. M. Stapfer admet la résorption graduelle des adhérences jeunes, tandis que les anciennes résistent au traitement qui ne fait que les amollir plus ou moins, les allonge parfois, mais toujours supprime ou atténue l'œdème ambiant.

C'est par les résultats obtenus avec ce traitement que nous avons été amenés à croire que les adhérences sont beaucoup plus rares qu'on ne l'admet et par suite que la pelvi péritonite, l'inflammation du péritoine pelvien sont moins fréquentes ou n'existent pour ainsi dire pas. Par là on expliquerait pourquoi certains ont prétendu que malgré les phénomènes très inquiétants en apparence de la pelvi-péritonite et auxquels nous avons tous assisté plus ou moins souvent, on doit toujours penser à la possibilité d'une guérison, de véritables résurrections étant survenues dans des cas jugés extrêmement graves ou désespérés. Ne serait-ce donc pas là le fait de pseudo-péritonites où la séreuse exempte de toute inflammation le tissu cellulaire seul aurait été atteint ? En effet, ces péritonites si bien guéries ne sont pas de celles que la chirurgie contrôle pas plus que les comptes rendus d autopsies.

L'opinion la plus généralement admise est qu'après ces poussées inflammatoires aigües, les organes utérins et annexiels sont déformés, déviés et immobilisés par des adhérences.

Cliniquement, on trouve des organes gros, déformés qui, à un premier examen, semblent fixés dans une situation anormale. Au bout de quelques jours de traitement, ces mêmes organes se dégagent, leur forme devient plus précise, leurs contours plus nets, leur consistance change, les couches supérieures de l'œdème se sont résorbées, le noyau central persiste, mais ces tissus s'assouplissent,

l'utérus se laisse soulever, les annexes sont confondues dans une tumeur plus ou moins volumineuse ; on la fait diminuer par un léger massage et bientôt on sent la trompe se dégager, les contours apparaître, l'ovaire est volumineux encore, mais le tout est mobilisable.

Parvient-on à réduire l'utérus, l'ovaire et la trompe qui étaient prolabés suivent le fond de l'organe dans son ascension ?

Y avait-il des adhérences qui maintenaient l'utérus et les annexes ? Que sont-elles devenues alors ? L'utérus a changé de situation, les annexes élevées maintenant sont en situation normale ou moins bas situées, au lieu d'être prolabées au niveau des ligaments de Douglas.

Voici ce que nous avons trouvé dans des cas où le diagnostic de péritonite avait été porté :

Ces déviations accompagnées de fixations vraies sont moins fréquentes qu'on a bien voulu le prétendre et les ligaments (ligaments larges et de Douglas) jouent un grand rôle dans les pseudo-fixations, déviations, flexions ou versions de l'utérus.

Renfermant de grosses masses de tissus conjonctifs, les ligaments subissent de ce fait les mêmes altérations que le tissu cellulaire péri-utérin dont nous avons parlé. Ces ligaments s'œdematient et les altérations dues à cet œdème leur font perdre leur propriété, entravent leur rôle. A l'état normal souples, minces, élastiques, par l'infiltration ils deviennent, durs, gros, épais, se raccourcissent, se contracturent ou bien s'allongent, perdent leur tonicité et deviennent incapables de remplir le role qui leur est assigné.

Ces infiltrations peuvent occuper tous les ligaments, un ligament entier ou une partie seulement. Les ligamants œdématiés peuvent être extrêmement douloureux ; ils immobilisent l'utérus et les annexes et non seulement

empêchent tout mouvement communiqué, mais souvent par leur rétraction maintiennent et fixent l'utérus en position vicieuse.

La kinésithérapie dissipe ces œdèmes, rend aux tissus leur tonicité et leur mobilité, faisant ainsi disparaître ces pseudo-fixations. Les organes diminuent de volume, changent de consistance : ils étaient durs, contracturés rétractés ; ils s'allongent, s'assouplissent, reprennent leur tonicité. C'est par cette lutte contre ce début de sclérose, contre cette sorte d'ankylose des ligaments qu'on peut, en rétablissant et en activant le cours du sang dans tout le pelvis, remettre l'organisme en état et faire disparaître tous les symptômes morbides.

CHAPITRE III

Symptômes et Évolution

Il est facile de comprendre que toute femme atteinte d'œdème péri utérin présentera à l'examen clinique des symptômes locaux.

Les symptômes généraux sont semblables aux symptômes généraux de presque toutes les affections du petit bassin et ne constituent pas, à proprement parler, une symptomatologie spéciale aux œdèmes qui nous occupent.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que nous les décrivions pour permettre à tout praticien de déceler la lésion clinique qui les provoque.

Troubles généraux : Malaises, fatigue, courbatures, pesanteur des membres témoignent d'une nutrition défectue se ; anorexie, inappétence, accidents dyspeptiques, constipation opiniâtre alternant avec des périodes diarrhéiques, montrent le retentissement de cette circulation défectueuse du petit bassin sur le tube digestif.

La région rénale est douloureuse ; les urines peuvent être troubles et chargées ; des envies fréquentes d'uriner s'accompagnant de sensations de cuisson sans qu'on puisse cependant retrouver des traces d'infection urethrale.

Il n'est pas rare de retrouver chez ces malades des palpitations de cœur, de l'essoufflement, des maux de tête, des troubles nerveux avec douleurs vagues, surtout chez les nerveuses à tendance hystérique.

Le ventre se ballonne facilement sous l'accumulation des gaz et donne la sensation d'une pesanteur anormale.

Troubles locaux : Ils sont beaucoup plus précis : à l'examen abdominal on trouve une paroi difficile à déprimer. Si la palpation devient plus soigneuse, il n'est pas rare de constater une sorte de défense musculaire formant un plan résistant sur lequel se perçoit facilement une quantité de petites boules graisseuses, douloureuses à la pression, conséquence d'une circulation pariétale défectueuse et que les Suédois ont décrite sous le nom de « panniculite ».

La femme se plaint d'écoulements leucorrhéïques, quelquefois striés de sang. La menstruation est souvent irrégulière, douloureuse et prolongée.

Au toucher, on peut constater, selon les femmes examinées, des œdèmes diffus ou localisés.

Les œdèmes diffus n'ont point de forme précise : le doigt qui déprime les divers culs-de-sac perçoit une masse mollasse, pâteuse, immobilisant plus ou moins l'utérus et, en général, s'atténuant rapidement par le simple toucher bi-manuel. Ils siègent dans les ligaments larges, autour des ovaires et des trompes et dans l'épaisseur des parois vaginales.

Lorsque ces œdèmes se localisent, ils peuvent donner la sensation de véritables tumeurs solides (voir Observations I, VI, VII, XI, XII, XIII, XIX). Dans les ligaments, ils prennent la forme de cordes épaisses autour des trompes comme autour des ovaires, ils en augmentent considérablement le volume par de véritables coques résistantes.

Ces œdèmes sont durs ou mous, selon qu'ils datent de plus ou moins longtemps ou qu'ils siègent dans des tissus conjonctifs plus ou moins lâches. Ils ont des caractères cliniques qui peuvent facilement les faire confondre avec des lésions inflammatoires.

Si nous ne retrouvons pas la rougeur caractéristique d'une invasion microbienne, il y a cependant « tumor, dolor calor ».

L'élément *tumeur* est, comme nous l'avons indiqué plus haut, essentiellement variable. S'il est de formation récente, il disparaît au simple toucher et résiste davantage s'il est de création ancienne.

La *douleur* est aussi variable ; parfois, lancinante, gravative, elle peut être dans certains cas presque insignifiante. Elle ne correspond pas toujours à l'étendue même de l'œdème ; ainsi la « panniculite sous-cutanée abdominale » que nous avons indiquée sommairement tout à l'heure, est capable d'éveiller à la simple pression une douleur qui va jusqu'au malaise, tandis que les œdèmes qui occupent tout le pied du ligament large peuvent ne donner qu'une sensation vague de pesanteur.

Au niveau de la trompe et des ovaires, les œdèmes fournissent toujours des douleurs très vives. Ils laissent presque toujours la sensation d'une collection utéro-ovarienne, très difficile à diagnostiquer à un premier examen.

Des douleurs propagées ou de voisinage sont à mentionner : douleurs abdominales, péri-ombilicales, lombo-sacrées, inguinales, uréthro-vésicales, rectales, périnéales se montrent sans que l'on relève ni hémorroïdes, ni fissure, ni rectite.

Les mouvements pour s'asseoir, se relever, les inclinaisons latérales et torsions du bassin, le saut, la marche, les cahots, la pression des vêtements, les rapprochements sexuels sont capables d'accroître ces douleurs.

La *chaleur* n'existe pas à proprement parler dans les œdemes péri-utérins, car il ne s'agit ici ni d'inflammation, ni de suppuration, mais il y a souvent de l'élévation de température du rectum et coïncidence d'infections microbiennes amenant l'élévation de la température locale.

Le palper bi-manuel qui est une méthode d'examen indispensable, nécessaire à tout examen gynécologique consciencieux, permet de vérifier plus distinctement encore tous les signes cliniques que nous venons d'énumérer.

Dans la grande majorité des cas on constate que l'œdème péri-utérin accompagne les déviations utérines : dans l'antéflexion, l'œdème s'accumule dans l'espace cellulaire qui sépare l'isthme de la matrice de la paroi postérieure de la vessie et fait croire parfois à l'existence d'une tumeur fibreuse ; dans les déviations latérales, les épanchements aggravent les inflammations des annexes, tandis que dans les déviations postérieures ils peuvent donner la sensation de véritables collections accumulées dans le Douglas.

Les œdèmes péri-utérins ont rarement un début aigu ou sub-aigu. Cependant il arrive parfois qu'à la suite d'un avortement ou d'un accouchement septique, l'involution de l'utérus étant retardée et des déviations étant apparues, des infiltrations s'établissent par troubles de la circulation. Les œdèmes coïncident alors avec un état inflammatoire qui se traduit par une crise douloureuse abdominale et par une élévation de température, conséquence de l'infection bactériologique.

A la suite du traitement classique de l'infection du post-partum, la fièvre ayant disparu, l'état général étant devenu d'apparence normale, on constate alors à l'exploration, l'existence d'un œdème plus ou moins volumineux que l'on prend volontiers pour une tumeur des annexes.

Dans la plus grande majorité des cas, il est difficile de préciser le moment où l'affection commence ; depuis longtemps des douleurs se sont montrées unilatérales ou bilatérales, soit au moment des règles, soit au milieu du mois. Plus tard ces douleurs se sont accrues, elles sont devenues continuelles, s'accompagnent de menstruations irrégulières et obligent la malade à réclamer les soins d'un médecin.

Il est nécessaire d'indiquer ici que nous considérons ces œdèmes chroniques, situés dans le voisinage des trompes et des ovaires, comme des milieux de culture extrêmement favorables au développement ultérieur de l'inflammation utéro-annexielle ; les mêmes considérations s'appliquent du reste à tout le paramètre.

Un caractère essentiel des tumeurs œdémateuses est leurs variations de formes que M. Stapfer a qualifiées de protéiques.

Selon la période où la femme est examinée, l'œdème péri-utérin donne une sensation bien différente ; presque pas perceptible la veille des règles, il est capable d'augmenter considérablement de volume dans les quelques jours qui suivent l'écoulement menstruel, pour diminuer vers le quinzième jour.

Ces masses œdémateuses sont capables de parcourir des cycles analogues pendant un temps plus ou moins prolongé. Si la circulation redevient normale, elles disparaissent en même temps que se trouvent rétablies les conditions physiologiques de la région.

Nous montrerons tout à l'heure que ce résultat s'obtient presque toujours par un traitement approprié.

Abandonnés à eux-mêmes les œdèmes péri-utérins peuvent persister pendant de nombreuses années avec des rémissions et des exaerbations plus ou moins intenses qui évoluent toujours au milieu de troubles nerveux variés.

Si on les néglige, ils deviennent difficiles à traiter et à guérir, entraînant comme conséquence fatale la sclérose des tissus qu'ils ont envahis.

Ajoutons, pour terminer cette description, que c'est entre dix-huit et trente-cinq ans chez des femmes dont la santé est d'ordinaire bonne, que se produisent ces œdèmes. Le ventre est indolent ou peu douloureux, mais, fait remarquable, bon nombre de ces malades ont eu à une époque plus

ou moins éloignée une petite poussée inflammatoire abdominale, péri ou paramétrite ayant succédé à un accouchement ou à un avortement et modifié la circulation vaso motrice de l'utérus, au point d'y provoquer une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorrhéïque, préparant ainsi le terrain aux troubles variés qui pourront s'y développer ultérieurement et en particulier à l'œdème qui, plus que tous les autres, est sous l'action immédiate de la désorganisation de l'innervation vaso-motrice.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le ballonnement du ventre constitue un des premiers symptômes et un des plus importants des œdèmes péri-utérins. Ce ballonnement du ventre n'est pas dû à du tympanisme, ni à l'accumulation des matières fécales. Cette augmentation de volume du ventre presque toujours accompagnée d'empâtement profond, est la conséquence du ralentissement du courant sanguin, par suite de l'infiltration, c'est-à-dire de l'œdème du tissu cellulaire de la région utéro annexielle.

Ce ballonnement est caractérisé par le fait d'être périodique : il se présente à l'époque des molimems et s'évanouit au moment où la circulation abdominale devient active, c'est-a-dire à la veille des règles.

Plus tard le ventre se reba lonne, reperd de son élasticité, la masse d'œdème se reproduit si elle avait disparu et si elle a résisté à la dépression consécutive à l'écoulement cataménial, elle augmente de grosseur, devient plus dure et s'immobilise.

Nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent, ces œdèmes péri-utérins sont essentiellement protéiques, et ce caractère même impose un examen journalier des femmes malades à celui qui veut arriver à connaître la clinique de ces infiltrations.

Grâce à ces examens réitérés, on évitera dans la pratique

des erreurs graves, conséquences des modifications d'aspect, de dureté, de volume de ces infiltrations localisées ; parfois, sous une masse qui paraît considérable, se dissimule un simple paquet de varices et alors qu'à un premier examen il semblait que tout l'espace péri-utérin était occupé par une collection suppurée et enkystée, quelle n'est pas la surprise du gynécologue qui a pratiqué soigneusement le massage, de localiser un petit fibrome utérin, de découvrir un ovaire légèrement kystique ou une salpingite catarrhale.

Nous avons constaté que certaines femmes, auxquelles on avait proposé des opérations chirurgicales pour des salpingo-ovarites dont le diagnostic semblait s'imposer, guérissaient rapidement par suite d'un traitement kinésique bien approprié. (Voir : *Observations*).

M. Stapfer, qu'il faut toujours citer quand on s'occupe de cette question importante de la « kinésithérapie » gynécologique, a vu conseiller l'opération immédiate pour une péri-salpingite prise pour une grossesse extra utérine.

Une autre fois il a vu deux chirurgiens préparer l'hystérectomie pour une volumineuse cellulite péri-ophoro-tubaire accompagnée de douleurs vives et de fièvre. Le jour de l'opération les phénomènes s'étant amendés, la famille demanda l'expectation et quelques jours plus tard le cul-de-sac reprenait sa souplesse, l'utérin se mobilisait et tout rentrait dans l'ordre.

Le même auteur raconte qu'il a vu des infiltrations péri-utérines quadrupler le volume d'un utérus. Tout gynécologue chirurgien aurait pris cette lésion pour un fibrome en évolution, mais à la veille des règles, l'utérus avait retrouvé sa forme et sa consistance physiologique.

Du reste on retrouvera dans nos observations des exemples caractéristiques de la localisation des œdèmes péri-utérins en forme de tumeur (Voir : *Observations*) pour

lesquelles des opérations ont été pratiquées ou contre lesquelles on proposa des interventions chirurgicales que l'avenir rendit inutiles.

Quelles sont donc les affections du petit bassin susceptibles d'être confondues avec les œdèmes péri-utérins ?

Le diagnostic avec une *tumeur fibreuse* logée sur les côtés de l'utérus ou développée dans l'épaisseur du ligament large est parfois très difficile à faire. Dans le cas de fibrome plus que dans tout autre cas, les modifications que l'on perçoit par un examen journalier et que nous indiquions tout à l'heure éclaireront le diagnostic.

Le fibrome ne varie pas de consistance par le traitement kinésique, tandis que la tumeur œdémateuse, au bout d'un certain temps, aura complètement changé d'aspect ; elle se sera ramollie en certains points, elle aura diminué en certains autres ; au moment de l'approche des règles, elle redeviendra dure pour s'atténuer de nouveau, le molimen étant disparu.

La *rétroflexion de l'utérus* peut induire le diagnostic en erreur ; il arrive parfois que des infiltrations simulent dans le cul-de-sac postérieur la présence du corps de l'utérus rétrofléchi ou même d'une tumeur liquide enkystée.

Il ne faut pas oublier que dans les cas de rétroflexion, la circulation utérine et péri-utérine étant considérablement gênée, de l'œdème se produit presque toujours et vient augmenter les chances d'erreur.

Il est bien entendu que dans les cas d'*abcès du Douglas*, on ne se proposera pas d'obtenir une guérison par le traitement kinésique ; mais lorsque l'évacuation par le bistouri sera obtenue et la cicatrisation terminée, le massage amènera rapidement la guérison des résidus œdémateux qui peuvent séjourner longtemps dans le tissu cellulaire précédemment enflammé.

Le diagnostic différentiel entre la rétroflexion et l'œdème

proprement dit se fera rapidement grâce aux manœuvres de la kinésithérapie.

Est-ce une tumeur d'œdème ? Très vite, en quelques séances, si elle est de date récente, elle fondra sous le doigt investigateur.

Est-ce un utérus rétrofléchi ? Très vite, s'il est de formation récente, il abandonnera sa position défectueuse pour reprendre dans le petit bassin, et ce pour le plus grand bien-être de la malade, la position normale et anatomique.

Du reste, dès la première séance d'examen bi-manuel, dans la très grande généralité des cas, on arrive à fixer le diagnostic de rétro-flexion par la sensation nette d'un sillon qui se perçoit au niveau du coude de l'utérus.

Il nous semble inutile d'indiquer ici que seul ce moyen clinique d'investigation devra être employé et que l'hystéromètre doit être banni du mode de recherches cliniques tant qu'on n'a pas acquis la certitude d'une vacuité complète de l'utérus et quand notre méthode suédoise aura échoué après plusieurs tentatives.

Souvent les matières fécales s'accumulent dans l'ampoule rectale, repoussent le cul-de-sac postérieur, simulent la présence d'un utérus dévié en arrière ou d'une tumeur de la paroi postérieure. Dans ces cas, le doigt qui presse sur la tumeur sent très nettement qu'elle se laisse déprimer et écraser, tandis que la tumeur œdémateuse ne garde jamais l'empreinte du doigt.

Parfois des *annexes prolabées* dans le cul-de-sac postérieur pourront donner le change ; la douleur très vive produite par le palper bi-manuel permettra d'éliminer les diagnostics que nous avons indiqués plus haut.

Sur les parois latérales de l'utérus, les œdèmes peuvent simuler des tumeurs fibreuses, et dans le tissu cellulaire du pied du ligament large peuvent laisser supposer l'existence d'énormes salpingo-ovarites. Si l'on sait ne pas se hâter

de pratiquer une intervention chirurgicale que rien n'impose et si, soucieux avant tout des intérêts primordiaux de la malade, on soumet systématiquement celle-ci au traitement kinésique, qui, comme l'a montré M. Stapfer, sert essentiellement au diagnostic, on arrivera en peu de temps à savoir que les tumeurs sont inexistantes, que les salpingites ne sont qu'apparentes et lorsque l'infiltration ne sera resorbée sous des manipulations habiles, il restera à l'examen des organes génitaux profonds à fonctions physiologiques normales.

Nous aurons épuisé cette rapide énumération des œdèmes péri-utérins en indiquant que, parfois dans la paroi de l'abdomen, se trouvent des noyaux de cellulite très douloureux à la pression et qui ont fait croire à des cliniciens consommés qu'on se trouvait en présence de zones hystérogènes ou à des lésions inflammatoires qu'une méthode rationnelle de traitement suédois guérit définitivement.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic de ces lésions, très rarement grave *quoad vitam*, est toujours sérieux ; les lésions en elles-mêmes sont faciles à guérir dans la majorité des cas ; mais il faut envisager la gravité de tous les troubles auxquels elles peuvent donner naissance quand les malades négligent de se faire examiner ou quand leur diagnostic n'est pas fait.

Les malades atteintes d'œdème péri-utérin, fatiguées par la marche, se déplacent le moins possible et se déshabituent de tout exercice ; tout mouvement, tout effort étant pour elles une cause de souffrances, elles cherchent le plus possible le repos et l'immobilité et à mesure que leur affection vieillit, deviennent ainsi lentement et progressivement de véritables infirmes anémiées, dyspeptiques et nerveuses, vouées d bonne heure par leur lésion génitale aux accidents hystériformes. Elles sont des « patraques » et peuvent mourir victimes de la chronicité de leur affection qu'une maladie inflammatoire intercurrente est venue compliquer.

C'est là le tableau envisagé sous son jour le plus sombre ; cependant, ces affections doivent toujours être considérées comme sérieuses, si elles sont mal soignées ou négligées ; dans ce cas de longues semaines de traitement sont nécessaires pour obtenir la modification des lésions et éviter le danger d'opérations qu'elles peuvent susciter quand elle ne sont pas diagnostiquées.

Les causes qui les ont suscitées viennent-elles à disparaître, il est fréquent alors de voir ces affections guérir d elles-mêmes, sans aucun traitement. Cette guérison sera toujours facilitée par une hygiène thérapeutique saine et bien comprise qui aidera les efforts de la nature.

Par hygiène thérapeutique nous entendons ne pas nous limiter à des soins antiseptiques rigoureux pour une affection qui est causée et entretenue par des troubles circulatoires.

C'est sur la stade sanguine, sur les congestions périutérines qu'il faut agir, car dans la majorité des cas c'est de l'action plus ou moins parfaite sur la circulation que dépend le pronostic.

Parmi les anciens traitements, qui ne sont pas sans valeur, il n'en est aucun qui puisse être comparé à la kinésithérapie, c'est le seul qui lutte directement contre la stase, les œdèmes et la « préscélérose ». Cette dernière, une fois établie, assombrit toujours le pronostic, la guérison étant toujours longue à obtenir quand elle est possible.

CHAPITRE VI

Traitement

C'est à Stapfer que l'on doit l'introduction en France de cette admirable méthode suédoise qu'il a baptisée du nom de Kinésithérapie Gynécologigue et qui est le seul traitement efficace des œdèmes péri-utérins.

Bien qu'un nombre trop considérable de médecins, et non des moindres, ignorent encore non seulement la technique, mais encore la valeur de la méthode de Thure Brandt, nous sommes loin de cette période où l'Académie de Médecine, dominée par un sentiment ridicule de pudibonderie déplacée, condamnait comme immorale (!) la pratique du massage dans les affections des organes génitaux de la femme.

Le Professeur Pinard a couvert, dès le début, de son autorité scientifique, l'œuvre de vulgarisation de son élève Stapfer. La clinique gynécologique doit être reconnaissante à l'éminent professeur de Baudelocque d'avoir eu l'intelligence de comprendre tous les bienfaits qui pouvaient découler de la kinésithérapie et d'avoir eu le courage de dire, avec sa conviction habituelle, toute l'importance d'une méthode que beaucoup de praticiens dénigrent encore sans vouloir la connaître.

Des injections chaudes, répétées plusieurs fois par jour et données dans le décubitus dorsal, des tamponnements ou des ovules à la glycérine pure, ichtyolée ou thygénolée

et la kinésithérapie, constituent un ensemble de traitement qui nous a donné les meilleurs résultats dans les œdèmes péri utérins.

Si la guérison n'a pas été obtenue dans tous les cas, nous pouvons dire cependant que toujours, l'état de nos malades a été amélioré, au point que toutes ont pu reprendre leurs occupations journalières sans fatigue appréciable.

La durée du traitement kinésique varie de quelques semaines pour les affections légères ou au début à trois ou quatre mois et plus pour celles qui sont devenues chroniques. Chaque séance dure au maximum dix minutes pour la plupart des malades, non compris le temps du dégrafage et du rajustement.

Aucun meuble spécial n'est nécessaire, aucun instrument, sauf pour des cas exceptionnels, que nous n'avons jamais rencontrés d'ailleurs, et où l'on peut faire usage du vibrateur mécanique.

Autant que possible la malade *ne doit pas souffrir* pendant la séance, bien que cela ne soit pas *toujours* commode à obtenir. *Jamais* elle ne doit souffrir immédiatement après, mais au contraire éprouver une sensation relative ou absolue de bien-être et de légèreté. Avec un *bon sommeil*, c'est là la condition *sine quâ non* du succès.

Au début les douleurs ou malaises reparaissent régulièrement trois ou quatre heures après les séances et deviennent plus fortes au moment des molimens. Comme nous l'avons décrit au chapitre de la symptomatologie, ces malades ont en général deux molimens par mois ; l'un molimen intercalaire, commence à la fin des règles et dure jusqu'au quinzième jour, l'autre commence vers le vingtième et aboutit aux règles.

Les meilleurs jours, pour les malades réglées tous les

28 jours, sont les quatorzième et quinzième, vingt-sixième et vingt-septième en comptant du début de la menstruation ; c'est à cette époque et surtout la veille de l'écoulement sanguin que les progrès locaux sont constatés.

Quant aux vieilles lésions chroniques, elles exigent un premier traitement de trois mois, interrompu seulement au moment des règles, dans les deux-trois jours qui les précèdent et les deux-trois jours qui les suivent. On cesse pendant quelque temps, puis on recommence. Ces périodes de traitement sont de moins en moins longues et de plus en plus espacées, et il est très fréquent de voir les progrès modificateurs se continuer pendant la période de repos, s'accentuer même.

Le massage gynécologique offre le grand avantage de produire une amélioration notable de l'état général, grâce à un réflexe dynamogénique décrit par Stapfer et qui a été étudié scientifiquement par un de ses élèves à la Sorbonne, le docteur Romano.

Grâce à ce réflexe, la kinésithérapie est bonne en elle-même, avant de l'être plus ou moins suivant la perfection opératoire de l'opérateur ; ce dernier doit être patient, jamais brusque et doit savoir doser intelligemment les agents physiques qui lui servent de médicaments. Les praticiens qui font ou feront de la kinésithérapie devront toujours avoir présent à l'esprit cet axiome *plutôt trop peu que trop.*

La kinésithérapie comprend deux temps : le massage et la gymnastique décongestionnante.

Le massage, d'après Stapfer, s'opère par trois voies, savoir : la vagino-abdominale, la recto-abdominale, la vagino-recto-abdominale. Nous n'avons employé que la voie vagino-abdominale qui nous a donné des résultats concluants.

Les manœuvres principales sont la friction circulaire,

la vibration, la pression, la malaxation, l'effleurage, l'élévation.

1° La friction cellulaire se fait en plaçant l'index gauche dans le cul-de-sac antérieur et on exécute avec la pulpe des doigts de la main droite des frictions en cercle, en ayant soin de déprimer légèrement les viscères, d'éviter les points douloureux et de déplacer fréquemment la main.

2° Les vibrations s'exécutent avec la paume de la main posée à plat sur le bas-ventre.

On fait alterner les frictions circulaires et les vibrations. C'est cette alternance et ces déplacements de la main qui font que les frictions produisent une série de pauses pendant lesquelles la vaso-constriction succède à la vaso-dilatation.

3° La pression accompagne les frictions circulaires, car il faut que les viscères soient déprimés légèrement.

4° La malaxation ne s'emploie que lorsque la panniculite complique les œdèmes péri-utérins. On saisit le pannicule adipeux entre les deux mains, on y fait des plis qu'on malaxe entre le pouce et les quatre autres doigts en étirant la peau.

5° L'effleurage se pratique par le rectum sur les parois pelviennes, le périnée et les ligaments de Douglas ; la pulpe de l'index gauche effleure les tissus très légèrement, sans plus de force que celle pour écrire sur la buée d'une vitre.

6° L'élévation est une manœuvre par laquelle on décongestionne, mobilise l'utérus ; on le réduit définitivement quand il est prolabé ou rétrodévié.

Pour faire l'élévation, on plonge les deux mains ouvertes dans le cul-de-sac pubiro-vésico-utérin, à travers la paroi abdominale souple et lâche, sans exercer aucune pression sur le corps de l'utérus, mais seulement sur le fond du cul-de-sac et la paroi antérieure du vagin, de façon

à faire rouler et remonter le col dans la concavité sacrée, à antéverser le fond et à soulever légèrement l'organe par une douce vibration.

Pour cette dernière manœuvre. la présence d'un aide est indispensable ; la femme étant dans l'attitude de la dissection périnéale et absolument passive, l'aide se place à genoux sur la chaise longue ou la table. Le médecin met l'index gauche sur la face antérieure du col. De la main droite en pronation, il creuse doucement le cul-de-sac pubio-vésico utérin jusqu'à ce que ses doigts sentent l'index qui touche. L'aide plonge alors ses deux mains ouvertes en suppination, dans le fossé creusé par la main droite du médecin, et sans violence, avec souplesse, douceur et élasticité, il fait reculer le col par une simple pression sur le fond du cul-de-sac, puis soulève le corps de l'utérus qu'il tient dans ses mains. L'une et l'autre manœuvre s'accompagnent d'une vibration légère et se répètent trois fois en pénétrant chaque fois un peu plus profondément (Fig. 1).

Fig. 1

La gymnastique décongestionnante exige une attention soutenue de la part du médecin et de la malade.

Comme pour le massage il ne faut pas chercher à aller trop vite.

Telle que nous la pratiquons, elle comprend uniquement la gymnastique décongestionnante pelvienne, qui se décompose en flexion et extension des bras, en abduction des cuisses. Les résultats obtenus avec ces mouvements nous paraissent très suffisants, permettant ainsi de diminuer la durée des manœuvres.

Quant à la gymnastique respiratoire pratiquée par M. Stapfer, nous l'avons éliminée d'emblée, cet exercice pouvant causer du vertige à certaines nerveuses.

I. *Abduction des cuisses.* — La malade est étendue, la tête et les épaules soutenues par des oreillers, les poings fermés et placés l'un au-dessus de l'autre sous le bassin, de façon à le soulever fortement, les jambes sont fléchies et les talons joints.

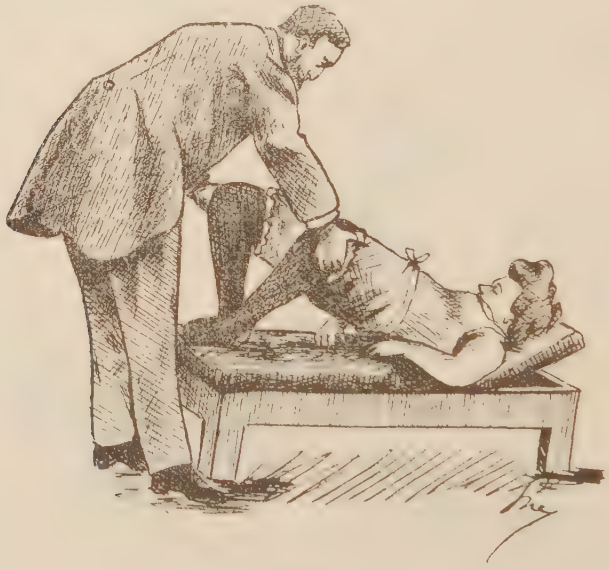

Fig. 2

Le médecin se place debout aux pieds de la malade et applique les mains sur la face externe des genoux de la femme, sans toutefois la serrer trop fort.

1er Temps. — La malade *écarte* les genoux pendant que le médecin *résiste* et s'oppose *à l'écartement*. (Fig. 2).

2e Temps. — Le médecin *rapproche* les genoux pendant que la malade *résiste* et s'oppose au rapprochement. (Fig. 3).

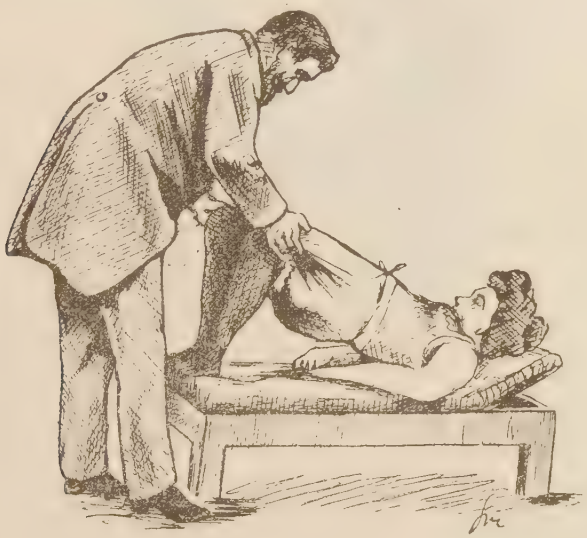

Fig. 3

Pendant toute la durée de ces mouvements il ne doit y avoir ni secousse, ni raideur, ni effort général.

II. *Circumduction fémorale passive.* — La malade est commodément assise, le dos et la tête appuyés.

Le médecin se tient debout devant elle. Il saisit entre ses genoux le genou droit de la malade qu'il immobilise de cette façon ; il prend de la main droite le pied de la jambe gauche et tient le jarret avec la main gauche.

Le membre est donc en flexion, la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse, qui de plus est en abduction légère. (Fig. 4).

Fig. 4

4e Temps. — La malade étant d'une passivité absolue, le médecin fait décrire au genou un cercle aussi grand que possible de dedans en dehors. En dedans à peine tangent à la ligne médiane, en haut tangent à l'abdomen auquel la cuisse imprime à ce moment une légère secousse ; en dehors, abduction maxima.

Tel est le traitement kinésique qui nous a été inspiré par la pratique du Docteur Platon, qui dès l'année 1898 fit un stage dans le service du docteur Stapfer à la clinique Baudelocque.

Il faudra se souvenir dans la clientèle privée de la nécessité de n'examiner jamais seules les femmes nerveuses afin d'éviter des causes d'excitation faciles à comprendre et sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Nous joignons à cette thérapeutique essentiellement

décongestionnante des pansements glycérinés et des injections chaudes. Il faut être bien persuadé, pour obtenir un résultat utile, de la nécessité de conseiller des injections très abondantes. La douche vaginale peut être dangereuse si elle est mal employée. Il faut que la femme soit couchée, et que le bock soit peu élevé au-dessus du plan horizontal où la malade est étendue. L'eau chaude doit s'écouler dans le vagin non pas en jet violent mais procurer un véritable bain par une simple différence de niveau.

Nous conseillons aussi volontiers à nos malades une marche raisonnée qui ne doit jamais aller jusqu'à la fatigue; nous leur recommandons enfin d'éviter autant que possible des stations prolongées en position assise. Les congestions du bassin sont faciles alors, surtout si la malade s'occupe à des travaux d'aiguille ou de broderie qui favorisent par les mouvements des avant-bras la stase sanguine dans le pelvis.

Toute femme sujette aux congestions péri utérines ou utérines devra alterner ces positions assises par une petite marche ou une station prolongée sur la chaise longue.

OBSERVATIONS

N. B. — Nous avons reproduit ici quelques observations prises au hasard de la clientèle du Professeur Platon. Nous en avons limité le nombre à 21 pensant que cela paraîtrait suffisant à la démonstration que nous nous sommes proposés. Des cas analogues sont si nombreux et si fréquents qu'il nous eut été possible, mais fastidieux, d'apporter dans ce travail des centaines d'observations analogues.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Tumeur œdémateuse de la paroi antérieure de l'utérus prise pour un fibrome. — Opération sans résultat.

La discrétion professionnelle nous fait un devoir de ne point indiquer ici l'hôpital et le service dans lequel cette observation a été prise.

Valentine Z..., âgée de 28 ans, entre dans le service du Dr X..., à l'hôpital d'Y..., pour une tumeur fibreuse de la paroi antérieure de l'utérus.

Comme antécédents, troubles de la menstruation avec hémorrhagies intermenstruelles et métrorrhagies qui ont été très abondantes avant son arrivée à l'hôpital.

A l'examen, on trouve en effet un utérus légèrement rétrofléchi et dans la paroi intervésico-utérine, on perçoit nettement une tumeur dure, mal limitée, dont le diagnostic différentiel est difficile à établir d'une façon parfaite.

Elle est prise tout de suite par le chef de service et son suppléant pour une tumeur fibreuse. L'opération est décidée ; laparotomie, surprise opératoire : il n'y a en avant de l'utérus normal et un peu rétrofléchi aucune trace de tumeur. Les

chirurgiens expliquent alors à leurs élèves ce qu'il faut entendre par tumeur fantôme.

Cette observation a été prise à une époque déjà lointaine où les tumeurs œdémateuses étaient à peines décrites par Stapfer et où les cliniciens étaient excusables de ne point soupçonner l'existence des infiltrations limitées du tissu cellulaire péri-utérin.

Nous sommes persuadés que très souvent des erreurs semblables ont dû se produire, soit qu'on ait diagnostiqué des tumeurs solides, soit qu'on ait porté le diagnostic de collections suppurées des annexes.

Combien de fois n'avons-nous pas vu des laparotomies où l'on se proposait d'extirper de grosses collections annexielles, se terminer par l'ablation d'un ovaire que l'on baptisait « micro-polykystique », quelquefois avec adhérences pour justifier sa conscience chirurgicale, et devant un public d'étudiants, l'intervention qui ne paraissait pas démontrée par l'étendue macroscopique des lésions.

Ces erreurs seraient complètement évitées si on ne se hâtait pas d'opérer en dehors de l'urgence et si l'on soumettait systématiquement à la kinésithérapie toutes les femmes atteintes d'affections gynécologiques, justiciables du traitement de Stapfer.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Métrite — Rétroversion — Œdème péri-utérin localisé dans le cul-de-sac gauche. (Traitement kinésique, guérison)

Mme B..., 34 ans, vient nous consulter le 30 janvier 1899 ; elle souffrait du ventre depuis un avortement remontant au mois de janvier 1898.

Histoire de la maladie. — Cette dame a été réglée à 16 ans sans douleur, elle a toujours été bien réglée. Mariée à 19 ans,

elle n'a jamais eu de pertes blanches malgré des accouchements pénibles (une version et un forceps) et cinq avortements successifs, tous au troisième et au quatrième mois. Il est difficile de trouver une cause à cette multitude de grossesses arrêtées dans leur première moitié en dehors de la déviation utérine que nous constatons le jour de notre examen. Voici du reste ce que celui-ci nous révèle: Cellulite abdominale à grains nombreux, deux atteignant la grosseur d'une noisette ; col ulcéré occupant le cul-de-sac antérieur. Utérin gros rétroversé, difficilement mobilisable. Existence dans le cul-de-sac gauche d'un empâtement douloureux à la pression. Mauvais état général. Constipation. Les séances de kinésithérapie commencèrent le 3 février et eurent lieu tous les deux jours. Très rapidement, chez cette malade on constata une amélioration sensible de son état général ; l'appétit reparut, les forces augmentèrent, le visage, pâle et décoloré, reprit l'aspect d'une santé en voie d'amélioration.

Le 14, l'œdème latéral gauche considérablement diminué nous permit de rapprocher nos deux doigts en pratiquant le palper bi-manuel. N'oublions pas de dire que chaque séance se terminait par une tentative de réduction de la rétroversion. L'utérus semblait si bien maintenu que nous essayâmes de le redresser par des pressions intra-rectales. Nous n'avions pas eu encore le bonheur d'assister à l'enseignement du Docteur Stapfer et les tentatives que nous pratiquions nous paraissaient inutiles lorsque le 20, quatre jours avant la période menstruelle nous eûmes le plaisir de pouvoir redresser l'utérus qui semblait, par de simples manœuvres de massage, comme venir au devant de notre main placée sur l'abdomen.

Le lendemain, 22, l'utérus avait repris sa place normale, il ne nous fut pas difficile de le mobiliser à nouveau et de le redresser.

Le 24, les règles se montrèrent et durèrent quatre jours.

Nous recommençâmes le traitement kinésique et vers le milieu du mois de mars l'utérus avait repris une forme et une place presque normales, l'œdème latéral gauche ayant totalement disparu, les pertes blanches s'étaient à peu près taries

et la malade ne se plaignait plus de ses douleurs intérieures. La marche était devenue facile et l'état général s'était tellement amélioré que l'embonpoint était apparu.

Nous avons revu cette femme vers la fin du mois d'août, les règles avaient toujours été régulières et sans douleurs. La santé avait été parfaite et l'examen nous permit de reconnaître un utérus toujours un peu rétrofléchi mais très mobile avec des annexes libres. La cellulite de la paroi n'existe plus, signe, croyons-nous, d'une bonne circulation pelvienne.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Autéversion — Cellulite abdominale — Métrite
(Traitement Kinésique. — Guérison)

Mme V..., 28 ans. — Souffre du ventre depuis le commencement de 1897. Elle vient nous consulter le 5 septembre 1898. Cette dame, réglée à 13 ans, a toujours des périodes menstruelles régulières. Après son mariage, à 19 ans, apparaissent des pertes blanches Un seul accouchement à 21 ans.

Actuellement le ventre est douloureux à la pression qui fait percevoir de très nombreux noyaux de cellulite abdominale occupant toute la région sub-ombilicale. La douleur est particulièrement sensible à la région moyenne et l'émission de l'urine est piquante et rappelle une légère cuisson. Au toucher, les culs-de-sac latéraux sont empâtés et sensibles, le cul-de sac postérieur est occupé par le col utérin, tandis qu'au niveau du cul-de sac antérieur se perçoit nettement, à travers une cloison douloureuse et œdématrice, l'utérus augmenté de volume et antéfléchi. Cet utérus est gêné dans ses mouvements par l'empâtement péri-utérin. Il est facile de se rendre compte de l'œdème du paramètre produit par un vice de la circulation du petit bassin. Le col utérin est

œdématié, gros, légére déchirure à droite. Quelques granulations sur la lèvre antérieure. Les pertes blanches qui sont très abondantes sont jaunes et gluantes.

Kinésithérapie, injections très chaudes que la malade se fait chez elle et ovules à la glycérine. Elle viendra se faire masser tous les jours.

Le 21 septembre, l'utérus est très mobile et facilement remis, les culs-de-sac sont libres, la cellulite a complètement disparu.

On fait encore quelques séances de massage et la malade cesse de venir.

Revue en mai 1909, cette malade n'a plus jamais ressenti aucun trouble du côté de son petit bassin.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Antéversion. — Œdème abdomino-pelvien. Traitement kinésique. – Amélioration

Philomène D..., 42 ans, fleuriste). Rentre dans le service le 3 avril 1900.

Pas d'antécédents héréditaires, mais a eu toutes les maladies de l'enfance.

Réglée à 11 ans, les règles sont normales.

A 16 ans, accouchement à 7 mois d'un enfant mort. Présentation de l'épaule et version.

A 17 ans, accouchement à terme et normal.

Deux avortements de 4 mois à 23 et 24 ans.

En 1899, elle reçoit un violent coup de pied dans le bas-ventre qui détermine une hémorrhagie abondante qui dure sept semaines et l'oblige à entrer à l'hôpital Lariboisiére.

De 1889 à 1898, rien de particulier dans son passé gynécolo-

giste, mais fin juillet 1898 nouvelle hémorrhagie soignée par le docteur Pantaloni et qui dure deux mois. Consécutivement pertes blanches et aménorrées passagères.

Au commencement de janvier 1900, elle ressent des douleurs abdominales, localisées surtout à droite, qui augmentent de plus en plus, mais lentement.

Le 27 janvier, les douleurs sont d'une violence extrême, la malade est obligée de s'aliter, elle a quelques vomissements biliaires et de la fièvre.

Elle rentre dans le service le 3 avril, son état général est plutôt mauvais.

Au toucher on trouve une paroi abdominale assez souple, de l'empâtement à droite et à gauche avec des noyaux de cellulite ; au toucher, le col est dur, l'utérus anteversé, les culs-de-sac empâtés et douloureux au point que la malade se laisse difficilement examiner.

On se contente de faire deux injections à 45° matin et soir et des pansements glycérinés.

Le 11 avril, les violentes douleurs provoquées par l'examen ont disparu et on sent nettement l'œdème de tous les culs-de-sac, surtout à droite et à gauche. On commence le traitement kinésique que l'on continue tous les jours.

Le 16, l'œdème a presque complètement disparu, la malade se trouve beaucoup mieux et sort sur sa demande.

Cette malade, rencontrée en octobre 1909, dit n'avoir plus ressenti aucun trouble. Ses règles sont normales et indolores.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Utérus en antéversion. Œdème péri-utérin (Kinésithérapie. — Guérison)

Francine T..., 26 ans, sans profession. — Entrée dans le service le 5 février 1906.

Pas d'antécédents. Réglée à 17 ans irrégulièrement et douloureusement ; mariée il y a un an, depuis lors pertes blanches abondantes. La moindre fatigue lui fait éprouver des pesanteurs dans le bas ventre, surtout à droite. Il y a 8 jours elle a ressenti des élancements dans la région des annexes droites avec propagation du côté des reins et tiraillements des cuisses. Dernières règles le 22 janvier.

Etat général excellent. A l'examen, on trouve un utérus un peu augmenté de volume antéfléchi, difficile à mobiliser, les culs-de-sac sont durs, tout le ligament large est empâté.

Traitement. — Injections chaudes, pansement à la glycérine ichtyolée et kinésithérapie.

Le 9 février, l'utérus est légèrement mobile, les culs-de-sac et le ligament large moins durs.

Le 11 février, le mieux s'est accru. A partir de cette date, on ne fait plus le massage que tous les deux jours.

Le 13 février, légères douleurs abdominales qui vont en s'accentuant jusqu'au 18. Ce jour, les règles apparaissent, l'écoulement, d'abord lent et peu abondant, devient très fort le 19 au soir. Les douleurs ont presque complètement disparu.

Le 23, les règles sont terminées. On redonne des injections chaudes.

Le 25, nouvelles séances de pansements et de massage tous les deux jours. A la fin de la première séance, l'utérus est mobile et l'antéversion presque réduite. Les culs-de-sac sont

à peu près libres et l'empâtement du ligament large a complètement disparu.

La malade sort le 3 mars. Chez elle on ne trouve plus trace de toutes ces lésions.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Œdème péri-utérin, confondu avec une tumeur suppurée du cul-de-sac postérieur ; Kinésithérapie. Guérison

Elisabeth L..., 38 ans, rue Villeneuve, réglée à 18 ans, mariée à 23 ans, a eu six grossesses et souffre du ventre depuis la troisième. Les trois premières n'ont présenté aucun trouble, ni aucune suite fâcheuse, lorsque, vers l'âge de 28 ans, elle a commencé à souffrir du ventre. Un chirurgien, appelé auprès d'elle, crut bon de pratiquer l'amputation du col.

Depuis cette époque, enceinte trois fois à des intervalles de deux ans et demi, elle vit ses grossesses se terminer intempestivement aux sixième, quatrième et troisième mois.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait un utérus douloureux, immobilisé dans le petit bassin par une masse d'œdème compacte. Le cul de sac postérieur bombait légèrement, et un chirurgien lui proposa l'ouverture du cul de sac postérieur, qu'elle refusa.

Elle sortit alors de l'hôpital et se rendit à la consultation gratuite du Professeur Platon où tous ces phénomènes, qui étaient dûs à de l'infiltration du paramètre, disparurent grâce à la médication que nous préconisons dans cette thèse.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Œdème péri-utérin avec poussée douloureuse, pris pour une appendicite. Traitement kinésique. Guérison.

Marie L..., 32 ans, ménagère, entre dans le service le 27 février 1908, avec le diagnostic d'appendicite et, d'après le médecin traitant, avec des indications opératoires urgentes.

A son entrée, elle présente, en effet, une masse pâteuse s'étendant à droite jusque dans le voisinage de l'ombilic et donnant l'impression clinique d'une appendicite — sans température, mais avec douleur au point de Mac Burney et défense musculaire du côté droit.

Par suite d'une absence de place dans un service uniquement de chirurgie, elle fut placée dans le service de gynécologie, où l'intervention fut différée parce que les phénomènes ne paraissaient plus aussi intenses.

Traitement : Applications et injections chaudes ; traitement kinésique léger au début, les deux premiers jours, plus profond ensuite.

La femme sortait complètement guérie au onzième jour.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Œdème peri-utérin. — Kinésithérapie. Guérison

Adèle T..., 23 ans, domestique, née à La Seyne ; réglée à 17 ans, a toujours été bien portante à part une gastro-entérite en 1899.

En mars 1900, se plaint d'une douleur au côté gauche du ventre. Le 8 mai, se produit chez elle la rupture d'un abcès du ligament large dans le vagin.

Au moment de l'examen qui a lieu au mois de juin, cette jeune femme était atteinte de pertes blanches, le col était œdématié et l'utérus présentait de l'empâtement à gauche. L'abcès qui s'était ouvert antérieurement ne présentait plus de traces.

A gauche de l'utérus, on sent une masse compacte, douloureuse et qui peut être confondue avec une annexite.

Injections chaudes, traitement kinésique. Guérison un mois et demi après.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Antéflexion, para-métrite, œdème du ligament large. Kinésithérapie. Guérison

Césarine A., italienne, 23 ans, ménagère, entre dans le service le 1er octobre 1906.

Pas d'antécédents. Réglée à 13 ans.

Ses règles sont régulières, abondantes, durent 4 à 5 jours; pas de dysménorrhée.

Mariée à 23 ans. Depuis son mariage, les règles sont moins normales, elle a des pertes blanches et quelques douleurs durant les jours qui précèdent les règles.

Le 1er juin, accouchement à terme par le forceps d'un gros garçon.

A la suite de cet accouchement, elle a des hémorragies multiples et abondantes, se produisant à des intervalles irréguliers.

Elle vient à l'hôpital pour faire soigner une hémorragie qui dure depuis six jours et qui, plus violente que les autres, a pu cependant être arrêtée. Mais elle a laissé derrière elle de vives douleurs dans tout le bas-ventre.

L'état général est mauvais ; cette femme est d'une grande pâleur, les muqueuses sont décolorées.

A l'examen, on trouve un col, gros, congestionné ; l'utérus semble volumineux et antéfléchi.

Le ventre est dur et ballonné.

On commence le traitement complet dès le premier jour : injections chaudes, massage et gymnastique décongestionnante.

Du 16 au 20 octobre : vives douleurs qui cessent presque complètement avec un écoulement sanguin qui s'installe le 20 et dure cinq jours.

Du 20 au 28 octobre, la malade reste au repos ; c'est-à-dire qu'on ne pratique ni injection ni massage.

Le 28, l'utérus est moins dur ; l'organe tout en entier et en particulier le fond paraît s'être ramolli.

Le 31, l'utérus est mobilisable après le massage.

Le 9 novembre, l'utérus est presque réductible, on sent sur le doigt placé dans le rectum une tumeur pâteuse qui y est accolée.

Le 14 novembre, plus aucune douleur ; ce qui explique, avec l'approche des règles, la facilité avec laquelle l'utérus a pu être réduit.

La malade, se sentant très bien, sort, sur sa demande.

Le 16 novembre, ses règles apparaissent ; nulle douleur ne les a précédées.

Revue quelque temps après, cette femme présente un utérus qui a considérablement diminué de volume ; il n'y a plus d'antéflexion.

Les annexes sont nettement senties ; elles sont débarrassées de l'œdème qui les entourait.

Le 14 décembre : règles.

Depuis, nous n'avons plus revu la malade.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Antéflexion. — Œdème péri-utérin. Kinésithérapie. Guérison

Catherine C., italienne, âgée de 34 ans, ménagère, entre dans le service le 30 mai 1900, lit n° 2.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Reglée à 17 ans, les règles sont régulières mais avancent toujours un peu ; elles durent 4 jours.

Entre chaque molimen, elle a toujours eu un peu de pertes blanches.

Mariée à 30 ans, elle n'a jamais eu ni enfant ni avortement.

En juin 1899, sans cause, elle a une violente hémorragie qui se renouvelle avec moins de force cinq ou six fois et à des intervalles variant entre trois et sept jours et s'accompagnant de douleurs abdominales.

Depuis cette époque, la malade est mal réglée. Les règles ne durent plus que deux jours et sont très douloureuses.

La constipation s'est établie et est permanente. L'état général est mauvais.

A l'examen, on trouve l'utérus en antéflexion et antéversion, et un œdème général de tout le petit bassin.

On commence tout de suite le traitement kinésique qui est continué d'abord tous les deux jours.

2-3 juin, massage, injections chaudes, pansements ichtyolés.

4 5 juin, même traitement : la constipation a disparu.

6 juin, l'œdème a diminué de volume ; l'utérus est moins antéversé et plus mobile.

10 juin, on ne trouve plus d'empâtement qu'au niveau des annexes droites.

14 juin, grande amélioration. L'antéversion est corrigée presque complètement.

L'état général s'est également amélioré ; plus aucune douleur.

19 juin, le mieux s'est encore accentué.

On continue les injections chaudes et le massage ; mais on cesse les pansements ichtyolés. La malade sort le 24 juin ; l'antéversion est presque corrigée ; l'œdème a complètement disparu ; l'état général est excellent.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance du Professeur Platon)

Rétention placentaire. — Infection puerpérale. — Bascule de l'utérus en avant. — Production d'œdème dans le ligament large droit, prise par un accoucheur pour une salpingo ovarite suppurée.— Disparition, guérison après 26 jours de traitement kinésique.

Marie P..., 23 ans. — Primipare, accouchement à terme en O. I. G. A., accouchement pratiqué par une sage-femme, délivrance incomplète nécessitant au huitième jour l'appel du docteur Platon, qui curette soigneusement en pleine température de 40°.

Après le curetage, abaissement complet de la température jusqu'à la normale, pendant 8 jours. Persistance à droite d'un empâtement montant au dessus du petit bassin dans le voisinage de l'appendice.

Dès la cessation de la température, le Professeur Platon préconise un massage léger abdominal qui est mal accepté par la famille.

Un accoucheur appelé clandestinement dans l'intervalle porte le diagnostic de salpingo-ovarite qui menace de nécessiter un intervention chirurgicale.

Mais au quinzième jour, après le curettage et le traitement

kinésique, tout était rentré dans l'ordre ; l'utérus avait involué complètement et la souplesse des ligaments larges était parfaite.

Cette malade a été revue deux mois après son accouchement. Ses organes génitaux profonds sont dans un état excellent.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Œdème du ligament large droit simulant une tumeur fibreuse abdominale. — Troubles de la circulation se traduisant par des hémorragies graves. — Kinésithérapie. Guérison.

Jeanne F..., âgée de 28 ans, dont le passé gynécologique est exempt de toute tare, nous fait appeler le 26 août 1898 pour une hémorragie extrêmement abondante.

Nous trouvons, baignant dans le sang, une femme robuste d'aspect qui nous dit avoir été soignée par un chirurgien des hôpitaux, depuis quelque temps en congé.

Une opération a été proposée (laparotomie pour l'ablation d'une tumeur dont cette dame serait porteuse).

A l'examen, nous constatons un utérus antéfléchi, un peu refoulé à gauche par l'existence d'une masse dure, arrondie, siégeant sur le côté droit de l'utérus et paraissant se loger dans l'épaisseur du ligament large.

La sensation produite par cette tumeur au palper abdominal est très nettement celle d'une tumeur fibreuse du volume d'une petite orange.

En présence de ces constatations et de l'hémorragie qui, au dire de la malade, se reproduisait pour la troisième fois avec une gravité toujours plus accentuée, nous crûmes de notre devoir de lui conseiller aussi une opération chirurgicale et nous l'engageâmes fortement à attendre le retour de notre

collègue en congé pour faire pratiquer aussi vite que possible, une intervention qui nous paraissait urgente.

Quelle ne fut pas notre surprise, dix jours après cette première visite, de voir arriver à notre clinique cette malade qui venait, sur le conseil pressant d'une autre malade guérie, nous demander de la soumettre elle aussi au traitement kinésique.

Devant une pareille insistance et malgré les apparences de tumeur fibreuse, nous recommençâmes des séances de massage qui dans notre esprit devaient avoir pour résultat, tout en décongestionnant le petit bassin, de mobiliser la tumeur et de la rendre plus accessible.

Au retour des règles, une hémorragie aussi grave que la première se produisit, venant nous ébranler fortement sur le résultat possible d'un traitement médical.

Cette hémorragie finit encore par s'atténuer et disparaître. La malade ne voulut toujours pas se plier à un acte chirurgical et revint régulièrement à la clinique où elle fut soumise à des séances de massage et de gymnastique décongestionnante.

Au bout du premier mois de traitement, la masse latérale péri-utérine semblait moins étendue et lorsque les règles se furent terminées régulièrement, nous assistâmes rapidement à une fonte complète de cette tumeur arrondie et résistante au point qu'avant la fin du deuxième mois tout avait disparu et tout était rentré dans l'ordre. Cette dame n'a plus jamais souffert de ses organes génitaux depuis cette époque. Elle a été revue pour la dernière fois en mars 1909.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Tumeur péri-utérine gauche prise pour une tumeur fibreuse sur une femme de 40 ans. — Kinésithérapie. Guérison.

Marie-Louise P..., âgée de 40 ans, mariée à 25 ans, trois grossesses antérieures, deux avortements, règles régulières jusqu'à 35 ans. Depuis cette époque, abondance des menstrues, congestions intermenstruelles vers le quinzième jour du mois.

Venue au cabinet en juillet 1903

Au premier examen, utérus rétrofléchi, gros, presque immobile. A gauche, au niveau des annexes et les refoulant en arrière, se trouve une masse dure, mal limitée en haut et se confondant sur les bords du bassin avec les attaches du ligament large.

Cette tumeur est difficile à diagnostiquer et elle est facilement prise pour une tumeur fibreuse accompagnée d'épanchement séreux. Traitement par les injections chaudes, les applications chaudes sur l'abdomen et les lavements à la Reclus, massage journalier et gymnastique décongestionnante. Diminution rapide du volume de la tumeur qui, après cinq semaines de traitement, avait complètement disparu.

Cette femme a été suivie pendant trois ans sans présenter aucun phénomème douloureux ou inflammatoire.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Œdème pelvien et panniculite abdominale
Utérus sans déviation. Traitement kinésique. — Guérison

Marianne-Emilie B..., Italienne, 29 ans, couturière, entre dans le service du 16 mai 1907.

Son père est mort d'une affection cardiaque ; elle a eu la fièvre typhoïde à 6 ans.

Réglée à 11 ans régulièrement et abondamment sans dysménorrhée, mariée à 22 ans, elle a eu trois accouchements normaux à terme ; enfants vivants.

Pendant sa première grossesse, rien d'anormal à signaler. Au début de la seconde : douleurs qui font diagnostiquer un abcès de l'ovaire. Traitement : injections et tamponnements vaginaux ; tout disparaît vers le quatrième mois.

Après l'accouchement, hémorragie intense, délivrance artificielle.

Au début du troisième, des phénomènes analogues à ceux produits au début du second apparaissent. Un second médecin diagnostique une nouvelle affection des ovaires, propose une intervention à laquelle on surseoit, les règles n'ayant pas paru depuis deux mois ; au quatrième mois, un médecin porte le diagnostic grossesse et l'accouchement a lieu le 1er mai 1906.

Depuis son premier accouchement, cette femme a eu des pertes blanc-jaunâtre, plus ou moins abondantes.

Après le 1er mai 1906, elle cesse tout travail. Sa santé paraît pendant quelques mois s'être améliorée, mais en janvier 1907, le malade s'aperçoit qu'entre ses règles elle a des pertes rosées. Le ventre devient douloureux, surtout en arrière du pubis. Pas de fièvre.

Elle arrive dans le service avec le diagnostic de salpingite. A ce moment, l'état général est excellent. On a affaire à une femme grande et très grasse porteuse d'une énorme panniculite qui rend le palper très difficile.

Au toucher on trouve un utérus douloureux et très augmenté de volume ; uu œdème énorme des culs-de-sac et des annexes, maximum à gauche.

On en fait une métrite chronique avec œdème péri-utérin. Traitement : Injections chaudes, pansements glycérinés, kinéthérapie.

Le 17 mai, on ne peut faire qu'un peu d'effleurage, les douleurs sont accrues et la malade souffre beaucoup toute la nuit. On doit lui faire une piqûre de morphine.

Les 18, 19 mai aucune amélioration.

Le 20 mai, les chaleurs sont moins fortes et permettent de faire un massage plus long et plus complet.

Le 21 mai, les culs-de-sac et les annexes paraissent moins dures, la malade peut marcher.

Les 22-28 mai, règles presque indolores.

Les 31 mai, 1er et 2 juin, crises de grande hystérie.

Le 6 juin, la malade se sentant mieux sort sur sa demande, promet de revenir se faire soigner. On note régulièrement une certaine amélioration. L'utérus est moins volumineux ; l'œdème, bien qu'il ait notablement diminué, existe encore.

En novembre, cette femme revient encore dans le service, réclamant une intervention à tout prix. Après examen on conclut à l'inutilité. L'état des organes est à peu près comme à la sortie en juin; seuls les ovaires sont plus douloureux à la pression.

La malade est de nouveau soumise au traitement kinésique. Au bout de 8 jours, un mieux très sensible permet à la malade d'aller et venir du matin au soir. On continue le traitement pendant un mois et la malade sort guérie.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Utérus en rétroversion, sensibilité extrême et douleur dans le cul-de-sac postérieur. Œdème pelvien. — Kinésithérapie. Amélioration.

Joséphine J..., 30 ans, entre le 21 mai 1907 dans le service.

Comme antécédents gynécologiques, on note un avortement au troisième mois, en avril 1906, suivi d'une violente hémorragie, puis de pertes jaunes-verdâtres entre les règles.

En septembre, apparaissent des douleurs abdominales violentes s'irradiant vers les reins et la cuisse gauche au point que la marche n'est plus possible qu'en hésitant et la malade doit cesser de faire aller la machine à coudre.

Le 27 octobre, elle doit se mettre au lit. Injections chaudes et tampons à l'ichtyol. Les pertes disparaissent presque complètement mais les douleurs persistent.

Elle entre à l'hôpital. L'état général est très mauvais et l'examen on trouve un col dur et petit et un utérus rétroversé. Le cul-de-sac postérieur est très douloureux. Œdème de tout le pelvis.

Le 23 mai, injections chaudes, tamponnements à la glycérine thygenolée, traitement kinésique. La douleur est extrême et ne permet qu'un massage imparfait.

Le 24 mai, la douleur est moins grande ; la malade peut supporter un massage presque complet de tout son pelvis.

Le 25 mai, l'amélioration est encore plus sensible.

Le 26 mai, la malade peut venir à pied à la salle de traitement. Elle sort le 2 juin non guérie, mais dans un état très améliorée.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Utérus immobile. Rétrodéviation et la rétroflexion droite. Œdème. Bride cicatricielle dans le cul-de-sac latéral gauche. Déchirure du col — Kinésithérapie. Amélioration.

Thérèse B..., Italienne, 26 ans, cuisinière, entre dans le service le 25 juillet 1907.

Réglée à 13 ans, ses règles ont toujours été irrégulières; elle ne perd que sept à huit fois par an, c'est-à-dire tous les 40-45 jours. Durée 3 jours, très abondantes et douloureuses et accompagnées de fièvre le lendemain de leur apparition. Les dernières règles remontent au 5 juillet. Depuis le 12 elle a des pertes rosées puis blanches. Elle entre parce qu'elle souffre du ventre d'une façon anormale. Elle a des bouffées de chaleur, des nausées et de la fièvre : 39°,2.

L'état général, quoique pas brillant, n'est pas mauvais. A l'examen on trouve le col déchiré et une bride cicatricielle dans le cul de-sac latéral gauche. L'utérus est immobile, retrodévié et latérofléchi à droite avec œdème tout autour.

La femme est mise au lit, on lui fait deux injections chaudes matin et soir, des pansements glycérinés et la kinésithérapie.

29 juillet : on fait un massage complet.

30 juillet : dès ce jour on note une amélioration sensible.

31 juillet : les pertes ont diminué, la douleur n'est plus ressentie qu'à la suite d'une forte pression. La malade sort le 14 août, très améliorée. L'utérus presque réduit cherche à se redresser ; l'œdème a disparu.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Accouchement prématuré. — Œdème du ligament large Kinésithérapie. Guérison

Marie L., Allemande, 22 ans, journalière, entre dans le service le 21 mars 1908.

Comme antécédents pathologiques, on note une fièvre typhoïde en 1907.

Réglée à 18 ans, règles régulières, normales : 3, 4 jours pas de dysmenorrhée. Enceinte de sept mois.

Subitement, le 7 février, elle accouche d'un fœtus mort. Les suites de couches paraissaient devoir être normales lorsque le 6 mars elle ressent des douleurs dans le ventre qui depuis ce jour n'ont fait que s'accroître, nécessitant par leur violence au cours des derniers jours son entrée à l'hôpital.

L'état général est assez bon, la malade a un peu maigri ; pas de fièvre ni de pertes.

22 mars. — A l'examen, on trouve un utérus gros ; l'involution n'est pas achevée. Tout autour, un œdème énorme de tout le ligament large, englobe les annexes. Le ventre est douloureux et l'examen est très difficile. On donne deux injections très chaudes matin et soir, et on commence un léger traitement kinésique.

Dès le lendemain on trouve le ventre moins douloureux, ce qui permet de faire un traitement plus complet.

Le 2 avril, la malade, qui peut marcher sans douleur, demande à sortir et part malgré nous. L'involution utérine est terminée ; il y a encore de l'empâtement du ligament large, mais les annexes, détachées et libres, sont nettement senties.

Revenue quelques jours après ses règles au cabinet du Dr Platon, l'examen permet de constater que l'utérus est normal, les ligaments larges souples et les annexes indemnes.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Avortement de trois mois. — Œdème peri-utérin
Kénésithérapie. Amèlioration

Valentine R., 27 ans, couturière, entre dans le service le 21 février 1908.

Pas d'antécédents pathologiques. — Réglée à 11 ans ; les règles sont régulières, abondantes, durent six jours; sans dysmenorrhée.

Deux accouchements, l'un, un siège de 8 mois 1/2, l'autre un sommet à terme.

Les dernières règles normales remontent au début d'octobre 1907. Le 1 r janvier 1908, la malade a subitement, sans causes apparentes, des crampes d'estomac avec douleurs violentes dans le bas ventre. Une légère hémorragie avec caillots se produit ; elle cède à une injection vaginale très chaude. Le 10 janvier au soir, les phénomènes précédents reparaissent avec plus de violence et elle avorte dans la nuit. Depuis, elle a des pertes blanches très abondantes qui l'alarment.

22 février. — L'état général est excellent. A l'examen, on trouve un col mou, gros et donnant une sensation de velouté. La lèvre antérieure est déchirée. Dans les culs-de-sac on sent un vaste empâtement, qui circonscrit tout le ligament large et les annexes. On y retrouve la sensation de velouté du col.

Injections chaudes, tampons vaginaux à la glycérine ichtyolée et traitement kinésique tous les jours.

Après quelques jours de traitement, la malade se sentant très améliorée sort sur sa demande et promet de revenir se faire traiter. On ne l'a plus revue.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Œdème péri-utérin du côté droit avec diagnostic primitif de fibrome du ligament large. — Traitement kinésique. — Guérison.

Marie F..., 45 ans, limonadière, entre dans le service le 27 avril 1908.

Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à 14 ans, les règles étaient régulières, abondantes et duraient 7 à 8 jours, sans dysmenorrhée.

Son passé gynécologique comporte six accouchements normaux à terme ; deux avortements après le dernier accouchement, il y a 10 ans et 8 ans ; le premier de 3 mois, le second de deux. Celui-ci provoqua une abondante hémorrhagie qui dura 24 heures environ, mais qui ne paraît pas avoir eu d'influence, puisque par la suite les règles sont restées normales.

Jusqu'en février, les règles étaient venues régulièrement, mais en mars, elles n'ont pas apparu ; remplacées par des malaises généraux et un manque d'appétit. Le 2 avril, apparition des règles qui sont moins abondantes et ne durent que trois jours au lieu de huit. Le 9 avril, la malade ressent une douleur très vive dans tout le bas-ventre avec maximum à droite ; a un frisson unique de dix minutes suivi de fièvre. Une violente diarrhée, suivie de débâcle intestinale, se produit dans la nuit, ainsi que le rejet des aliments pris la veille au soir. La diarrhée persiste pendant 8 jours, mais la douleur s'atténue au bout de 24 heures, diminuant de plus en plus.

Vers le 20 avril, la malade ne ressent plus qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et par mesure de précaution va voir un médecin qui diagnostique un fibrome du ligament large et lui conseille de se faire traiter. Aussi vient-elle à l'hôpital.

A ce moment, l'état général paraît satisfaisant. La malade accuse un peu de dégoût pour les aliments. Une diarrhée légère, mais pas de température. A l'abdomen, on trouve le ventre ballonné; les anses intestinales sont distendues et météorisées ; un peu de dilatation stomacale et une altération généralisée des fonctions digestives.

Au palper, l'utérus n'est pas perceptible, mais dans la fosse iliaque droite, on perçoit une tumeur dure, irrégulière, correspondant à peu près comme position aux annexes.

Au toucher, le col est gros et peu mobile, l'utérus est volumineux. Les culs-de-sac postérieur et gauche sont libres; le cul-de-sac droit est occupé par une masse très dure, irrégulière, douloureuse' se continuant avec l'utérus et logée dans le ligament large.

On donne des purgatifs huileux tous les trois jours; des injections très chaudes matin et soir; on commence le traitement kinésique.

Après la première semaine, l'état intestinal s'est sensiblement amélioré ; l'utérus a diminué, la tumeur est ramollie, moins douloureuse, elle a diminué également.

Le 13 mai, toute douleur a disparu dans le cul de-sac droit ; au palper, la tumeur n'est plus perceptible et a fondu ; il n'y a pas de douleur à la pression. Le toucher corrobore le palper et assure l'amélioration. 17 mai. La malade va et vient ; n'éprouve aucune douleur. Il n'y a plus de ballonnement ; l'intestin est libre, le cul-de-sac droit et le ligament large sont très libres. Exeat.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance du Professeur PLATON)

Rétroversion utérine. — Œdème des ligaments larges Traitement kinésique. Guérison

Louise R., 42 ans, fille soumise, entre dans le service le 26 octobre 1907.

Au point de vue des antécédents pathologiques généraux, on ne relève chez cette malade qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 30 ans.

Réglée à 15 ans d'une façon régulière, sans dysmenorrhée, elle a eu à 17 ans un enfant à terme. Depuis cette époque, elle n'a eu ni nouvelle grossesse, ni avortement. L'accouchement a été normal sans suite de couches.

Au point de vue des infections, si nous ne trouvons point chez elle d'infection puerpérale, sa profession de fille soumise nous autorise fortement à suspecter l'infection par le gonocoque. Néanmoins, à l'heure actuelle, cette femme ne présente aucun écoulement.

Cette femme dit ne souffrir réellement que depuis un mois ; ses dernières règles, qui remontent au 14 octobre, ont été un peu douloureuses, la constipation est opiniâtre et les selles douloureuses.

Ses phénomènes douloureux sont localisés chez elle du côté du bas-ventre, dans la région lombaire et l'anus.

Pas d'irradiation douloureuse dans les reins. L'état général est bon.

A l'examen, on trouve un utérus rétroversé, très volumineux.

Les mouvements qu'on imprime au col sont transmis au corps, mais il y a douleur.

On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse œdémateuse, dure, douloureuse quand on la comprime.

27 octobre. — Injections chaudes, pansements glycérinés ; kinésithérapie. On continue ce traitement tous les jours.

6 novembre. — A partir de cette date on réduit l'utérus tous les jours.

La masse dure perçue dans le cul-de-sac postérieur se ramollit et est moins douloureuse.

10 novembre. — Régles très abondantes dès le premier jour et douloureuses.

15 novembre. — Le sang s'arrête, pas de pertes blanches.

17 novembre. — L'utérus présente toujours de la rétroversion malgré les nombreuses réductions déjà faites.

La masse œdémateuse est toujours ramollie. On recommence le traitement.

Le 23. — La malade ne souffre plus, demande à sortir et promet de revenir se faire soigner. N'a pas été revue.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Para-métrite et œdème du cul-de-sac droit Traitement kinésique. Amélioration

Marie A., Italienne, 24 ans ; ménagère, entre dans le service le 3 juillet 1908.

Réglée à 15 ans, ses règles sont régulières, peu abondantes, durent trois a quatre jours avec une légère dysmenorrhée.

A 20 ans : accouchement avant terme (7 mois) ; il n'a pas nécessité d'intervention, mais la malade a souffert pendant un mois.

Cet accouchement prématuré lui a laissé des pertes blanches, la dysmenorrhée a augmenté et depuis cinq ou six mois, elle souffre presque complètement du ventre, surtout à droite.

4 juillet. — L'état général est bon. Au toucher, l'utérus est gros, le cul-de-sac droit, douloureux et induré, se laisse difficilement déprimer.

On commence le traitement général ; injections très chaudes deux fois par jour, tampons à la glycérine ichtyolée dans le vagin et kinésithérapie.

9 juillet. — Les douleurs abdominales sont presque nulles et ne sont ressenties que si l'on exerce une forte pression. Le cul-de-sac droit, moins douloureux, est aussi moins induré.

10 juillet. — Règles.

15 juillet. — L'écoulement sanguin est tari depuis deux jours. La malade, ne souffrant plus, sort sur sa demande. L'utérus est à peu près normal, mais le cul-de sac droit présente encore une certaine raideur et est douloureux si on le déprime fortement.

CONCLUSIONS

A côté des affections gynécologiques d'origine inflammatoire doivent être décrites un grand nombre d'affections du petit bassin, conséquences d'une infiltration du tissu cellulaire que nous appelons *œdèmes péri-utérins*.

Ces œdèmes ont pour origine ou sont entretenus par des troubles de la circulation, conséquence d'une involution mal assurée, d'une inflammation ancienne non tarie ou d'une déviation utérine non corrigée.

Il semble que les arthritiques nerveuses soient plus disposées que les autres à ces épanchements qui précèdent, lorsqu'ils ne sont pas traités, la présclérose et plus tard la sclérose.

Les œdèmes péri-utérins sont presque toujours confondus avec les tumeurs liquides ou solides du petit bassin. Des erreurs de diagnostic, commises par suite de l'ignorance des œdèmes péri-utérins, peuvent être des plus graves, puisqu'elles font préconiser des opérations chirurgicales inutiles.

Ces œdèmes péri-utérins étant essentiellement protéiques, doivent être dépistés par des examens fréquents d'une période de règles à l'autre, grâce au palper bi-manuel, à l'exploration méthodique des organes génitaux profonds.

Le traitement des œdèmes peri-utérins est uniquement médical, la kinésithérapie gynécologique de Thure Brond introduite en France par Stapfer est le traitement par excellence des œdèmes péri-utérins.

BIBLIOGRAPHIE

Achard C. — Rétention des chlorures et pathogénie de l'œdème. *Bulletin et Mém. Soc. méd. des Hôpit.* Paris 1903, 3 s., 980-990. *Tribune Méd.* 1903 117-120.

Ambard L. — Du rôle de quelques lymphagogues dans les œdèmes et les rétentions. *Semaine Médicale.* Paris 1904. p. 313-316.

Aran. — Maladies de l'utérus, Paris 1858, 8°.

Apert.— Nosologie des œdèmes aigus essentiels. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôpit.* Paris 1904, 1181-1187.

Ambard et Beaujard. — Du rôles de certains lymphagogues dans la formation des œdèmes. Compte-rendu Soc. Biologie de Paris 1904, 984-987.

Aveta F. — Un caso di edema isterico, *Boll. d. Casa di Salute Fleurent.* Napoli 1905, 9-15.

Barlow. — Pathologie de l'œdème, *British Medical-Journ*, London, 23 mars 1895.

Bernutz et Goupil. — Cliniques Médicales sur les maladies des femmes, Paris 1852.

Bralant. — Gros œdème salpingien avec collection tubaire guéri par le traitement cinésique, *Revue de Cinésie.* Paris 1906, VIII, p. 6 11.

Mlle Berlatzky. Du Massage en gynécologie. Thèse de Paris. L. Boyer, 8°, n° 153, p. 64.

Bralant.— Œdèmes annexiels et infiltrations cellulitiques du bassin. Traitement par la kinésithérapie et le massage. *Revue de Cinésie.* Paris 1908, p. 149-159.

Blagiovieshtshenski D. A. — Rare case of combined fibromyoma of the uterus, œdenia of the tube and cyst of the ovary. *Kirurgia Mosk* 1906 XX 193-196.

Bralant. — Gros œdème oophoro-salpingien, guéri par la méthode kinésique. Soc. de Kinésithér. C. R. 1901, Paris 1902, p. 9-12.

Charles M. — Quintipare à 5 mois 1/2 de grossesse, atteinte d'œdème et d'albuminerie, syphilitique probablement. Traitement médical pendant 6 semaines, puis provocation du travail. Enfant mort-né, suites heureuses pour la mère. *J. d'Accouch.* Liège 1900 XXI, p. 244-245.

Chossat T — Etude sur les conditions pathogéniques des œdèmes. Paris 1874.

Cupillard N. — De l'œdème en pathologie générale. *Thèse de Paris 1891.*

Cantin. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales. *Thèse de Paris 1889.*

Colombo C. — Note sur le traitement mécanique des œdèmes. *Journal de physiothérapie,* Paris 1904, 315-320.

David C.-L. — Contribution à l'étude clinique de l'œdème bleu hystérique. *Thèse de Paris 1899.*

Delassus. — Panniculite, Myo-cellulite, Cellulite pelvienne. *J. de Soc. Méd. de Lille* 1900. Vol. 2., p. 361-373, 375-402.

Frumusanu J. — Du massage et de quelques-unes de ses applications en obstétrique. Thèse de Paris 1901, n° 500, 128 p.

Fischer M.-H. — The nature and the cause of œdema. J. Am. M. Ass., Chicago, 1908, 830-834.

Fuster. — Néoplasme ligneux du col utérin ; cellulite pelvienne fixant entre eux utérusannexes vessie rectum,pli vaginal ou valvule de Laroyenne : castration totale, drainage abdominal vaginal : guérison. Montpellier Médical 1906, p. 82-84.

Fruhinsholz A. — Œdèmes passifs du travail, leur rôle pendant l'accouchement. Revue pratique d'obst. et de pédiat. Paris 1908, 675-682.

G. Saint-Hilaire.— Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (Présclerose). Thèse. Paris 1897.

Gallard. — De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice. Thèse de Paris 1855.

Huchard et Flessinger C. — Le traitement des œdèmes. Revue générale de clinique et de Thérap. Paris 1905, 9, 25.

Josephson. — Cellulite de la paroi abdominale, cité dans le traité de Kinésithérapie de Stapfer, p. 607.

Jaiiard A. — La thérapeutique des œdèmes Méd. et Hyg. Bruxelles 1906, 217 221, 287-292.

Jubin F. M. — Etude clinique des fibromes œdémateux et pseudo-kystiques. Thèse de Bordeaux 1905.

Lœper M. et Laubry C. — L'Œdème. *Gazette des Hôpitaux,* Paris 1904, p. 1261-1291.

L. Legueu. — Les grandes collections séreuses pelviennes. Leçons de Clinique chirurgicale, Paris 1902.

J. Le Calvé. — Pathogénie des œdèmes De l'œdème aigu toxi névropathique de la peau et des muqueuses. Thèse de Paris 1900-1901.

Legroux. — Art. œdème. *Dictionnaire encyclopéd. Sc. Méd.*

Labadie-Lagrave et Félix Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris, P. Alcan, 1898.

Le Dentu A., Delbet P., Bonnet S. et Mauclaire. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, tome X, deuxième partie : Maladies des organes génitaux de la femme, annexes de l'utérus, membres. Paris, J.-B. Baillière, 1901, 8°, p. 565, 146. fig.

S. Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris 1307, 4e édition. Masson, éditeur.

P. Poirier. — Anatomie de l'appareil génital de la femme. *Traité d'Anatomie*, tome V, Paris 1907.

Pigache R. — Essai sur la pathogénie chimique de l'œdème. Thèse 8°, Lyon 1905.

Pilliet A. — L'Ovarite œdémateuse. *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 6 janvier 1894, page 3.

Potherat et Lenoble. — Myxome des deux ovaires ; infiltration œdémateuse de l'ovaire gauche due à une torsion du pédicule ; phénomènes de péritonisme gynécologique, Paris 1898, iii, 48-68.

Pardo G. — Un caso di edema isterico. *Bull. d. Soc. Lancisiana d. Osped. di Roma*, 1895-1896, XVI, pasc. I, 148-151.

Platon J.-Ch. — Du Massage Gynécologique ; Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de gynécologie, Marseille, octobre 1908.

De l'eau chaude en gynécologie, octobre 1908.
Massage et involution utérine. *Gazette des Hôpitaux*, 15 juin 1899.
Du massage dans les affections utérines. *Revue de Cinésie*, septembre 1900.
Des œdèmes pelviens, décembre 1900.
Massage et suites de couches. (Thèse du Dr Bouchet, Montpellier 1901).
Hygiène de la Femme, Chez Masson, Paris 1902.
Leçons de Clinique Gynécologique, Chez Masson, Paris 1906.

Ranvier L. — Recherches expérimentales sur la production de l'œdème. Compte rendu Acad. Sc. Paris 1869. 1326-1330.

Ribemont, Dessaignes et Lepage.— Traité d'obstétrique.

Robin et Dalché. — Taitement Médical des maladies des femmes. Paris 1909. Vigot, éditeur.

Alex J.-C. Skene. — Pelvic cellulitis in the Brooklyn. *Med. Journ.* Janvier 1669. T. III.

H. Stapfer. — La kinésithérapie gynécologique. Traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (système Brandt). Paris 1899. Masson, éditeur.

De Sinéty. — Traité pratique de gynécologie, 2e édition. Paris 1883, p. 817.

De Sinéty. — Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérés surtout dans leur forme bénigne. *Progrès Médical* 1882, p. 591 611.

Soyez G. — Etude clinique sur l'œdème hystérique. Thèse de Paris 1895-1896.

Saligue A. — Des œdèmes aigus localisés multiples et transitoires. Thèse Bordeaux 1904.

H. Stapfer. — Massage et gymnastique dans les affections de la femme. Indications, contre-indications, dosage du traitement kinésique. Paris 1906. Vigot frères et Cie.

Savage S. — A case of ovarian tumour with spontaneous rupture and œdema of the legs simulating malignancy. Lancet London 1902. I. 1243.

Théaulon C. — Les conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique. Thèse de Lyon 1896.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. Paris 1897.

Tédenat. — Des œdèmes infectieux. *Nouveau Montpellier Médical* 1893. 125-133.

Valobra J. — Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux (rôle de la sécrétion lymphatique dans leur pathogénie). *Nouveau Iconogr. de la Salpêtrière.* Paris 1905, p. 201-255.

Vulliet. — Le massage en gynécologie. Paris 1890.

Vallette L. — De la kinésithérapie en gynécologie. *Marseille Médical* 1907. 645, 682, 744.

Virchow. — Arch. p. Path anat. 1862. T. XXIII, p. 415.

Vanderhaghen P. (de Lille). — Etiologie Pathogénie et traitement des rétrodéviations mobiles et adhérentes de l'utérus, de l'elytrolomie interligamentaire suivie du massage. Thèse de Paris 1893-1894.

Valleix. — De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. *Union Médicale*, 5e série. T. IX, p. 285 319.

Wolfe J.-L. — Pelvic cellulitis. Wicousin M. Recorder 1908. XI., p. 248 250.

J. Weill.— Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse. Thèse de Paris 1805.

Wiel H.-L. — Angioneurotic œdema of the genitals. *J. Am. M. Ass.* Chicago 1908. I. p. 1908.

Ziegler. — Anatomie pathologique. Bruxelles-Manceaux, éditeur 1897,

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 mai 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. PÉLISSIER.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 mai 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

*En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'*Être suprême, *d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !